主审 刘学杰
主编 石爱梅
何 巍
姜育红

口腔医学病案分析



河南医科大学出版社

口腔医学病案分析

主审　刘学杰
主编　石爱梅　何　巍　姜育红

河南医科大学出版社
·郑州·

图书在版编目(CIP)数据

口腔医学病案分析/石爱梅,何巍,姜育红主编.—郑州:河南医科大学出版社,2000.8

ISBN 7-81048-448-6

Ⅰ.口… Ⅱ.①石…②何…③姜… Ⅲ.口腔颌面部疾病-病案-分析 Ⅳ.R78

中国版本图书馆CIP数据核字(2000)第36212号

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路40号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

河南医版激光照排中心照排

黄委会设计院印刷厂印刷

开本 786×1092 1/16 印张 18.25 字数 433千字

2000年10月第1版 2000年10月第1次印刷

印数 1～4150册 定价:26.00元

《口腔医学病案分析》编委名单

主　审　刘学杰

主　编　石爱梅　何　巍　姜育红

副主编　吴豪阳　宋琰华　刘青青
黄建华　王永功　王艳丽
赵红宇　刘运岭　张现军
郭大红　王国合　黄付梅
栗清朝　杜志华　韩　萌

编　委（按姓氏笔画排列）
王永功　王国合　王艳丽
石爱梅　刘运岭　刘青青
孙　予　朱娟芳　何　伟
何　巍　吴豪阳　宋琰华
张现军　李　沙　杜志华
邱承林　陈　栋　季旭东
姜育红　赵红宇　栗清朝
郭大红　黄付梅　黄建华
龚建民　韩　冰　韩　萌

内容提要

本书概述了病案分析的思路，汇集了口腔内科、口腔外科、口腔正畸科、口腔修复科的348例病案，包括常见病、少见病和疑难病案。编者对每个病案都系统论述了病史、临床检查、器械检查、实验室检查，进行了具体分析，总结了临床诊断、诊断依据、鉴别诊断、治疗原则和治疗方法的实践经验。

本书内容丰富，条理清楚，简明扼要，实用性强，是临床各级口腔专业医师医疗、教学、科研工作的重要参考书，也是晋级考试和升学考试应试复习的重要参考书之一，亦可作为医学院校口腔专业及其他专业学生、实习医师及进修医师的参考读物。

序　言

在高科技和高信息的21世纪的新千年里,《口腔医学病案分析》一书得以问世,甚感欣喜。2000年是千载难逢的千禧年,新的世纪、新的千年以龙为首,更昭示着国家昌盛、人民幸福、社会进步、科学发展的辉煌未来。此书是编者们辛勤劳动的结晶,是对口腔医学的奉献,是献给新世纪、新千年的一份厚礼。

编者在自身参与医疗、教学和科研的实践工作基础上,认真总结了几十年积累的经验,又阅读了大量国内外有关文献,将理论与实践相结合精心编写成书。此书的显著特点是题材新颖、内容丰富、条理清楚、理论系统、突出实用。此书对口腔专业各级医师的医疗、教学和科研工作有重要指导和使用价值,对提高口腔专业人才的业务水平、培养口腔专业学生的临床实践工作能力有重要现实意义。它将有益于口腔医学的发展,实为不可多得的一本专著。谨此向编者表示热忱的祝贺。

姜国诚

2000年4月于河南医科大学

前　言

随着高科技、高信息时代的到来，口腔医学也随之飞速发展。在新世纪口腔临床医学必须更新理论知识、开创新技术，并将其科学地运用于临床工作，从而提高确诊率和治愈率，为防治口腔疾病、提高人民健康水平做出新贡献。在前进的道路上，需要回首往事，总结经验教训，以便推广经验，发扬成绩；也要吸取教训克服缺点，促使创新。为了社会发展和人们的需求，我们组织了有丰富的医、教、研经验的专业教师、医师，汇总精选了亲自诊治的348例病案，认真撰写成书，为口腔专业临床医师提供了一本新的参考专著。

本书阐述了病案分析的意义、思路和方法。我们综合筛选了口腔临床医学的四个学科（口腔内科、口腔外科、口腔正畸科、口腔修复科）的348例病案。病案书写规范，病案资料包括病史、临床检查、器械检查、实验室检查，在对资料进行具体分析之后，总结出临床诊断、诊断依据、鉴别诊断、治疗原则和治疗方法。其内容丰富、条理清楚、简明扼要、实用性强、深浅结合，既具有一定深度，又便于学生自学。本书有助于口腔专业各级医师的医疗、教学和科研工作；有助于提高口腔专业临床医师的诊疗业务水平；有助于培养医学院校口腔专业本科生、实习生、研究生的临床实践能力。

承蒙著名口腔医学专家、河南省口腔医学会主任委员、河南医科大学口腔医学研究所所长、河南医科大学口腔医学系名誉主任姜国诚教授为本书写序。承蒙著名口腔医学专家、河南医科大学第四附属医院名誉院长刘学杰教授为本书主审。我们对两位专家教授的辛勤劳动表示衷心感谢。

我们以病案为题材撰写成书是初次探索，又因编者水平有限，书中谬误在所难免，恳请专家和读者批评指正，不吝指教，以期更臻完善，深表感谢。

编者

2000年4月于河南医科大学

目 录

绪 论…………………………………………………………………………(1)
第一章 口腔内科学……………………………………………………………(4)
第一节 牙体硬组织疾病……………………………………………………(4)
第二节 牙髓病及根尖周病 ………………………………………………(10)
第三节 牙周病 ……………………………………………………………(24)
第四节 口腔黏膜病 ………………………………………………………(48)
第五节 全身疾病的口腔表征……………………………………………(100)
第二章 口腔颌面外科学………………………………………………………(110)
第一节 口腔颌面部炎症…………………………………………………(110)
第二节 口腔颌面部损伤…………………………………………………(129)
第三节 口腔颌面部肿瘤及瘤样病变……………………………………(143)
第四节 涎腺疾病 …………………………………………………………(182)
第五节 口腔颌面神经疾病………………………………………………(196)
第六节 颞下颌关节疾病…………………………………………………(203)
第三章 口腔修复学……………………………………………………………(211)
第一节 嵌体与冠……………………………………………………………(211)
第二节 固定义齿……………………………………………………………(216)
第三节 可摘局部义齿………………………………………………………(225)
第四章 口腔正畸学……………………………………………………………(235)
第一节 牙列拥挤与稀疏……………………………………………………(235)
第二节 双颌前突……………………………………………………………(246)
第三节 深覆𬌗,深覆盖 ……………………………………………………(250)
第四节 开𬌗…………………………………………………………………(267)
第五节 锁𬌗…………………………………………………………………(270)
第六节 反𬌗…………………………………………………………………(273)

绪 论

病案是病历和其他医疗、护理文件的总称。病历是医师对病人的病情调查了解所得的资料(病史、体格检查、实验室检查、器械检查等其他检查结果),经过综合分析、归纳整理之后,按照规范化格式书写成的完整记录。它反映临床医师对疾病的诊断和思维过程,反映病情的动态变化、治疗方法、治疗效果及不良反应,是各级医师查房、有关专科参加会诊形成的意见和建议、判断疾病预后、制定预防措施等方面的记录和总结。完整规范的病历不仅可以提供充分的诊断和治疗依据,而且也是总结医疗经验、充实教学内容、进行科学研究和信息管理的宝贵资料。病历质量的高低,可反映一个医院的治疗、管理和服务质量,也体现出医务人员的责任心和业务素质。在某些情况下,它还是法医学和法律工作的重要档案,如对职业性疾病、劳动工伤、交通事故、医疗纠纷、差错事故、意外死亡等鉴定和处理等都具有法律意义。书写病历的过程也是培养和提高临床医师正确诊治疾病的科学思维过程。总之病历具有重要意义,因此临床医师必须以高度负责的精神和实事求是的科学态度,严肃认真地及时完成病历书写。病历的内容要具有系统性、完整性,应条理清楚、重点突出、文字简练、语句通顺、词义明确、字迹规整、标点符号正确。

完成病案的过程也是分析病案的过程,分析的目的是明确诊断和进行正确治疗,否则将导致误诊误治。病案分析过程应有基本步骤和科学思维方法:①调查研究,收集资料;②归纳分析,形成印象;③临床实践,明确诊断;④制订正确治疗方案。

一、调查研究、收集资料

调查研究和收集资料是诊断过程中重要而关键的第一步。它包括收集病史资料、体检资料、实验室检查资料、器械检查资料等。这些资料的系统性、全面性和真实性是进一步分析综合、推理判断的先决条件,是确立诊断的基础和依据。

1.详细询问病史。这是调查研究的基本方法。通过询问病史了解疾病发生的原因、时间、急缓、主要症状及伴随症状、发展过程及诊疗过程。根据其主要特点和规律可作出初步诊断或考虑几个诊断。

2.体格检查。根据病史资料做全面系统体检,以免漏检某一重要体征。体检过程中还要抓住重点,注意病人所诉症状与体征的内在联系,病史中提示的病变部位及对诊断有价值的体征要重点仔细检查。

3.实验室检查与器械检查。根据病史中的症状和体检中的阳性体征所提供的线索,有目的地、针对性地进行某些实验室检查和器械检查,这是调查研究、收集诊断依据的又

一重要手段。

二、归纳分析，形成印象

病人提供的资料往往比较零乱，缺乏系统性，甚至有些资料可能与现病无关。实验室检查和器械检查资料也可能由于多种原因而不完全真实。临床医师必须将调查收集来的资料进行归纳整理，去伪存真、去粗取精、由表及里、由此及彼，加以分析，使其系统化，然后综合、推理，考虑哪几个病比较符合病人的实际情况，逐一进行鉴别，形成诊断构想或印象，即初步诊断。归纳分析过程中的注意事项有以下几点。

1.透过现象抓住疾病本质。人们认识事物，在于透过现象，揭示其本质，认识疾病也不例外。疾病的现象包括症状、体征、实验室及器械检查资料，在其之间都有着必然的、稳定的内在联系，即每个疾病都有其自身发生、发展和演变的规律及特点。必须掌握前述的各种资料，即疾病现象与疾病本质的关系，才能作出正确判断。疾病的本质是异常的实质性病理损害，即是诊断。如"腮腺快速增大肿块3个月，伴有面瘫、颊黏膜灼痛1周"是病人的症状；一般检查体征是"肿块硬、不活动，界限不清楚，面神经麻痹"；B超检查是"界限不清、内部回声不均，较强光团出现"；穿刺细胞学检查"有异形细胞，但组织量少，无法定类型，考虑恶性肿瘤"。上述这四种现象综合分析，其本质是腮腺的恶性肿瘤，需再作活检诊断肿瘤分型。

2.抓主要临床表现。前述的腮腺肿瘤的肿块特点和面瘫是主要的，而黏膜灼痛是面瘫致食物存留于颊沟导致的继发黏膜病变，是次要症状。

3.疾病的普遍性与特殊性。不同疾病可有相同的临床表现，即疾病的普遍性，称为异病同症，但又要注意其特殊性。如腮腺的良性肿瘤和恶性肿瘤的共同表现是出现肿块，而前者肿块的特点(即特殊性)是生长慢、活动度良好、界限清楚；后者则与其相反。

4.局部与整体的关系。口周颌面皮肤疖肿，不适当的处理，可有高热、寒战、淋巴结肿大、白细胞计数增高，甚至败血症等全身症状。反之糖尿病人可引起反复皮肤疖肿。人体是由多系统和多器官组成的统一体，虽然各有其独立功能，但相互之间是紧密联系高度协调，既相互配合，又相互制约。

三、临床实践，明确诊断

因为受多种因素的影响，经过科学思维和综合分析作出的初步诊断或印象不一定正确或完善。例如，提供的病史资料不完整或不确切、辅助检查资料结果不准确、疾病早期症状体征不典型、疾病晚期出现并发症、一个病人同时患多种疾病、医师的分析判断水平等因素，都会干扰正确的判断。初步诊断是否正确，需经过临床实践进一步验证。即在临床实践中严密观察病情的动态变化、治疗反应，必要时再做一些选择性的实验室检查和器械检查，甚至手术探查，直至作出明确的符合实际的诊断。在建立明确的诊断过程应注意几项原则。

1."一元化"原则。最好能以一个主要疾病解释全部临床现象，但具有确切的资料证实有几种疾病同时存在时，也应实事求是，予以确认。

2.优先选择常见病和多发病。当诊断出现几种可能时，应首先考虑多发病、常见病、

当时流行病,然后再考虑少见病。

3.首先考虑器质性疾病。若一时遇到器质性疾病和功能性疾病难以鉴别时,应首先考虑到前者,以免延误治疗。在排除器质性疾病之后再诊断功能性疾病,如神经官能症。一个完整的诊断应包括病因诊断、病理解剖诊断和病理生理诊断,如病毒性腮腺炎。若同一病人同时患几种疾病,则应分清主次,顺序排列。主要疾病排在前面;与主病有关的称为并发病,排在主病之后;与主病无关而同时存在的疾病称伴发病,排在最后。

四、制订正确的治疗方案

在建立明确诊断的前提下,才可能制订正确的治疗方案,误诊必然导致误治。如病毒性腮腺炎确诊后,首先采用抗病毒药物治疗;酌情给以抗生素,防治继发细菌感染;隔离病人,防止传染流行。同时患多种疾病者应根据诊断的顺序,首先重点治疗主要疾病,酌情暂时不治或适当配合治疗伴发病,这样将会如期使疾病治愈。

第一章 口腔内科学

第一节 牙体硬组织疾病

【病案1】

患者，男，33岁，干部。

主诉 右侧牙疼痛半月。

现病史 半月来右侧牙遇冷、热、酸疼痛，特别是冷刺激，疼痛明显。解除刺激，疼痛即刻消失。在外院检查未找出明显诱因，遂来我院就诊。

检查 $\overline{6^{o}|}$ 银汞充填。窝洞壁边缘有墨浸状改变，探诊时探针尖可进入。冷测验敏感，去除刺激，症状消失。热测验同对照牙。叩诊(－)，去除原充填物及腐质，窝洞底位于牙本质深层，未见穿髓孔。

X射线片检查 充填体与洞壁周围有X射线透射影。

1. 诊断 $\overline{6^{o}|}$ 继发龋(深龋)。

2. 诊断依据

(1)右侧牙齿遇冷发生一过性疼痛。检查窝洞边缘发现颜色改变并有裂隙。冷测验敏感，解除刺激疼痛消失。

(2)X射线示充填体与洞壁周围有X射线透射影。

3. 鉴别诊断

(1)牙髓充血 深龋是否伴有牙髓充血(表1－1)。

表1－1 深龋与深龋伴有牙髓充血的鉴别诊断

	深龋	深龋伴有牙髓充血
冷测验	入龋洞敏感	接触牙面和洞内均敏感
敏感程度	一般	显著
冷刺激去除后	疼痛立即消失	疼痛持续一短暂时间

(2)慢性闭锁性牙髓炎(表1－2)。

表 1-2　深龋与慢性闭锁性牙髓炎的鉴别诊断

	深龋	慢性闭锁性牙髓炎
自发性痛史	无	可有
叩诊	(-)	多有(±)、(+)
温度测验	一过性激发痛	激发痛在刺激除去后持续一段时间，对热测验反应迟缓
探诊	洞底敏感，无穿髓孔	去净腐质后多有穿髓孔，洞底可以感觉迟钝

(3)牙髓坏死(表 1-3)。

表 1-3　深龋与牙髓坏死的鉴别诊断

	深龋	牙髓坏死
自发性痛史	无	可有
叩诊	(-)	(-)或(±)、(+)
探诊	洞底敏感无穿髓孔	无反应或(和)有穿髓孔
牙髓电活力测验	正常	无反应
热测验	正常	无反应

4. 治疗

$\overline{6}$"| 去除原充填体，去净腐质，备 I 类洞型，垫底，永久充填。

【病案 2】

患者，女，35 岁，农民。

主诉　左下后牙疼痛 1 周。

现病史　1 周来左下后牙遇冷、热、酸、甜刺激出现疼痛。无自发痛，常有食物嵌塞。

检查　$|\overline{7^D}$ 深龋洞，探诊稍敏感，去净腐质未见穿髓孔。冷测验敏感，持续数秒钟。热测验反应同对照牙。叩诊(-)，松动(-)。龈远中暗红色，乳头圆钝。$\overline{8}|$近中阻生无对殆。

X 射线片检查　$|\overline{7^D}$ 可见低密度透射影。$|\overline{8}$ 近中阻生。

1. 诊断　$|\overline{7^D}$ 深龋伴牙髓充血。

2. 诊断依据

(1)有对冷热刺激，特别是对冷刺激敏感的症状。

(2)检查时可见较深龋洞。

(3)临床检查有时不易发现，应拍 X 射线片检查。X 射线示龋洞部位有深近牙髓部位的 X 射线透射影。

3.鉴别诊断与深龋相鉴别，同病案1。

4.治疗

(1)|7^D 去净腐质，备Ⅱ类洞，ZOE安抚，2周后无症状进行永久充填。

(2)拔除|8。

【病案3】

患者，女，28岁，干部。

主诉 要求黄牙变白。

现病史 从小全口牙齿为黄褐色，影响美观，要求治疗，自诉母亲怀孕期间曾大量服用"四环素"。

检查 全口牙齿为黄褐色，切牙唇面颜色呈灰褐色，并有缺损。

1.诊断 四环素牙。

2.诊断依据

(1)其母有大量服用四环素药物史，本人自幼牙色异常。

(2)全口牙呈均匀的黄褐色改变。

(3)切牙唇面有在同一水平线上的缺损，质硬光滑。

3.鉴别诊断

(1)斑釉牙

1)患者牙齿发育期间生活在高氟地区，有流行性。

2)全口牙齿釉质呈白垩状，着色(黄褐色)，甚至严重的实质性缺损。

3)缺损部位光滑，质硬，无软化牙本质。

4)抗酸力高，不易龋坏，易磨耗。

(2)牙釉质发育不全

1)患者在婴幼儿牙齿发育时期，多有较严重的全身疾病或营养障碍等病史，患病时期与釉质发育不全的部位相关。

2)同时期发育的牙齿釉质表面均有颜色或结构上的改变，轻者釉质出现白垩状或黄褐色横纹，重者釉质表面出现着色深浅不一的窝或沟状缺损，缺损部位光滑，质地坚硬。严重者釉质呈蜂窝状缺损或完全无釉质。牙冠失去正常形态。

3)因矿化低或缺乏矿化，易磨耗及患龋。

(3)龋病

1)发生于各种民族、各个年龄段。与牙齿发育期无直接关系，故龋洞亦无对称性。

2)波及单个或多个牙。

3)可探及软化的牙本质，重者对冷刺激敏感。

4.治疗 <u>432111234</u> 贴面。可根据患者要求做脱色、贴面或冠修复。

【病案4】

患者，男，11岁，学生。

主诉 右侧牙痛3 d。

现病史 3 d来右侧牙齿遇冷痛、进食痛，偶有夜间痛，昨天疼痛加重，白天阵痛，夜间痛醒。

检查 5|殆面中央窝可见圆形、直径约2 mm、可与釉质表面区别开来的圈，中央有一深色小点。冷测验敏感，热测验引起剧烈疼痛。叩诊(±)，松动度(－)，龈探诊(－)。

|5殆面中央窝处可见一个畸形小尖，尖呈圆锥状，尖高约2 mm。

X射线片检查 5|5均可见突入尖中的髓角，以及未发育完成的喇叭口状的牙根。

1. 诊断

(1) 5| 畸形中央尖并发急性牙髓炎。

(2)|5 畸形中央尖。

2. 诊断依据

(1) 5| 殆面中央窝可见圆形暗色环，冷测验敏感，热测验剧痛。有剧痛、自发痛、阵发痛、激惹痛、昼轻夜重病史。

(2)5|5 X射线片示可见突入中央尖中的髓角。

3. 治疗

(1) 5| 在无菌条件局部麻醉下拔髓，行根尖形成术。

(2)|5 在无菌条件局部麻醉下磨去中央尖，直接或间接盖髓后充填修复。

另外如果X射线片未见有髓角伸入尖内的畸形中央尖则可分次调磨中央尖，促使髓角处形成修复性牙本质。

【病案5】

患者，女，9岁，学生。

主诉 要求治疗坏牙。

现病史 近日患者家长发现患儿左上前牙变黑，要求治疗。

检查 |2 舌侧釉质内陷，探诊有食物残渣，沟内有色素沉着。

X射线片检查 牙冠中央内陷的囊腔，周围完全是釉质，如一小牙包在牙冠中。

1. 诊断 |2 牙中牙。

2. 诊断依据

(1)|2 釉质内陷、牙齿呈圆锥状。

(2)X射线片示似有一个小牙包在牙冠上。

3. 治疗 |2 去净色素沉着，树脂充填。

【病案6】

患者，男，6岁，学生。

主诉 乳牙大部分未萌。

现病史 患者出生至今从不出汗、怕热、言语极少，频繁揉眼，畏光。3岁时曾因"哭无泪"在当地医院诊治后好转(病历遗失，具体治疗情况不详)。

家族史 患者父母无血缘关系，母亲妊娠期间未患病，未服任何药物及接触有害化学物质，患者家族中无类似病史及其他遗传病史。

检查　头发略稀黄，皮肤无汗毛，肤色略白及干燥。体格发育正常，头面部及四肢无其他明显畸形。反应迟钝，表情呆板。双眼角膜基质层点状浑浊，泪液分泌量减少，视力检查不能合作。口腔检查：全口乳牙中除V┘、IV┘、└IV、┌IV、IV┐萌出外，其余牙齿均未萌出，牙槽嵴狭窄低平。

X射线片检查　6┘、└6、┌6、6┐牙胚形成，其余乳、恒牙缺失。

1.诊断　先天性外胚层发育不全综合征（非遗传性）。

2.诊断依据

（1）除V┘、IV┘、└IV、┌IV、IV┐萌出外，其余牙齿未萌出，伴有汗腺、毛发发育异常及眼部病变，智力低下。

（2）X射线片显示除6┘、└6、┌6、6┐形成，其余乳、恒牙缺失。

3.进一步检查　因患儿父母经济情况，未作遗传学检查。

4.治疗　作义齿修复。其修复特点：①托牙的设计应采取黏膜支持式；②以不妨碍余留牙的继续萌出为原则（可在余留牙处挖空）；③根据颌面部生长发育的不同时期而间隔相应的时间复查，更换修复体；④修复应从4岁开始为好，因为4～6岁时颌弓的长度和宽度增长相对缓慢，且患儿4岁以后才能配合医生治疗。

【病案7】

患者，男，18岁，学生。

主诉　先天性全口缺牙。

现病史　患者自出生后从未出过汗，亦未长过牙齿。智力明显低于正常人，劳动力一般。患者系第一胎足月顺产。

家族史　双亲无血缘关系，身体均健康，家族成员中无类似病史，其母无习惯性流产史，生育该患者时其母为22岁，妊娠期无服药及放射线接触史。

检查　发育营养一般，身高1.60 m，体重50 kg，心肺功能正常，心电图示窦性心率，肝脾无肿大，四肢脊柱无畸形，指甲发育正常。两侧睾丸对称，阴茎发育正常。眼间距宽，眼裂狭小，两眼外侧上倾，眼底检查无异常。耳大，鼻梁塌，鼻黏膜干燥，嘴唇肥厚，口腔内牙全缺失，上下颌骨发育不良，上下牙槽嵴低平、狭窄，两侧对称，腭弓高尖，口腔黏膜正常，轻度伸舌。两手掌Atd角大于70°，头发、眉毛、睫毛、腋毛均稀疏，无鼻毛、阴毛，全身皮肤干燥，少见汗毛。

X射线片检查　头颅正侧位片见颅盖骨比正常薄，上下颌骨发育比正常小，骨质疏松。乳恒牙和牙胚均未出现。

ABC细胞遗传学检查　取患者外周血淋巴细胞培养，分析了50个淋巴细胞，结果每个细胞都是46条染色体，常染色体及Y染色体未见异常，所有细胞的X染色体均为臂间倒位。

1.诊断　无汗腺外胚层发育不良综合征伴X染色体臂间倒位。

2.诊断依据

（1）自幼未出过汗、未长过牙齿。

（2）口腔颌面及口内专科检查。

(3)头发、眉毛、腋毛均稀疏,无鼻毛、阴毛、汗毛。

(4)X射线片显示颅盖骨比较薄,上下颌骨较小,骨质疏松。

(5)细胞遗传学检查X染色体异常。

3.进一步检查 抽取患者母亲的外周血进行培养分析,发现患者母亲的淋巴细胞都是46条染色体,其中1条X染色体正常,另1条X染色体亦为臂间倒位,且断裂和重接的位置与患者完全一致。

4.治疗 全口义齿修复。

【病案8】

患者,女,35岁,工人

主诉 |6折裂,咀嚼疼痛1周。

现病史 患者于1周前咬硬物时致|6折裂,咀嚼即产生疼痛,要求拔除|6。

既往史 颅骨、枕骨、锁骨、股骨和胫骨曾多次发生骨折,15年前被诊断为成骨不全。

检查 患者身体矮小,面部凹陷,头颅大,胸骨外凸(鸡胸),"X"形腿,右肘关节功能障碍(骨折后遗症),全身淋巴结无肿大。口腔检查:|6远近中纵折,全口牙冠膨大,颈部缩窄。牙冠色泽暗褐,质地较软,|246残根,6|义齿,|2缺失,|5远中扭转、舌尖扭转至近中。765|5银汞充填,1|切角缺损,复合树脂修复,𬌗关系紊乱。

X射线检查 口腔全颌曲面断层片显示:全口牙牙冠均较小,颈部缩窄,牙根短小,髓腔明显变小,根管狭细,有些牙齿髓腔消失。牙周膜无异常,根尖无阴影,牙槽骨骨小梁稀疏,骨质变薄。四肢X射线显示:骨质密度减低,骨小梁稀疏,骨皮质变薄,有骨折后骨痂形成

实验室检查 血钙增高,血磷正常,碱性磷酸酶增高。

组织病理检查 |6因纵折而拔除,制作磨片观察,牙釉质发育基本正常,釉牙本质界趋于平滑,可见釉板深入牙本质一定距离,球间牙本质增加,牙本质小管显著减少,很多区域小管完全消失,髓室和根管狭小,造牙本质细胞层消失,细胞成分减少,牙髓中可见钙化沉积。

1.诊断 成骨不全综合征并牙本质发育不良。

2.诊断依据

(1)颅骨、枕骨、锁骨、股骨和胫骨曾多次发生骨折。

(2)X射线片显示全口牙牙冠均较小,颈部缩窄,牙龈短小,髓腔明显变小,根管狭细,有些牙髓腔消失。

(3)组织病理检查牙釉质发育基本正常。牙本质小管显著减少,髓腔和根管狭小,造牙本质细胞层消失,细胞成分减少,牙髓中可见钙化沉积。

3.治疗

(1)前牙用可见光复合树脂恢复患牙的形态和色泽。

(2)后牙用局部义齿恢复功能并矫正𬌗关系紊乱。

第二节　牙髓病及根尖周病

【病案 9】

患者，男，28 岁，运动员。

主诉　上前牙反复"起包"半年，再发 2 d。

现病史　半年来上前牙反复"起包"，口服消炎药好转，近两天来再发，遂就诊。追问病史，3 年前打球时曾碰着上前牙，当时稍酸痛，未予重视，以后牙齿颜色渐变黄，无疼痛及不适，未予处理。

检查　|1 牙冠变为黄褐色，牙体完整，唇侧相应根尖部黏膜红肿，有瘘道，与牙周袋不通。|1 冷测验无反应。叩诊(+)，松动Ⅰ度，龈探诊(-)。

X 射线片示|1 根尖周有 2 mm×3 mm 低密度透射区。

1.诊断　牙震荡并发慢性根尖周炎(慢性牙槽脓肿)。

2.鉴别诊断　与牙周脓肿鉴别：①脓肿部位较近龈缘；②与牙周袋相通；③牙髓活力正常；④X 射线片显示牙槽嵴有破坏，可有骨下袋。

3.治疗　|1 做根管治疗后，贴面或桩冠修复

【病案 10】

患者，女，58 岁，工人。

主诉　左下后牙咀嚼痛 1 年。

现病史　1 年来左下后牙咀嚼时不适、疼痛，未予治疗，近日疼痛加重，几乎不能咀嚼。无冷热刺激痛。半年前曾肿过 1 次，口服消炎药好转。

检查　|6 颊侧相应根尖区可见龈瘘，牙冠完整，磨耗重，冷测验无反应，侧叩浊音，叩诊(+)，松动Ⅰ度。牙龈红肿，退缩。探诊深度：近中颊 11 mm，近中舌 7 mm，余位点 3～4 mm。根分叉病变Ⅱ度。76|7 缺失，7| 过长。—|6/6 近中关系。

X 射线片检查　|6 近中根离根尖 1/3 处根管影像增宽，近中牙槽骨垂直吸收达根尖。

1.诊断　|6 根纵折。

2.诊断依据

(1)牙根纵折好发于中老年人磨牙，有长期咀嚼不适感。

(2)|6 牙冠完整，患有慢性根尖周炎，近中有窄而深的牙周袋。

(3)76|7 缺失，患牙殆力负担过重。

(4)X 射线片示|6 近中根离根尖 1/3 处根管影像变宽，近中牙槽骨有较深的骨下袋。

3.治疗

(1) |6 近中根先做塑化或根管治疗。

(2)纵裂牙根根据情况做截根术或半切术。

(3)治疗其他患牙,修复全牙列中的缺失牙,并调整全口𬌗力负担。

【病案 11】

患者,男,65 岁,干部。

主诉 右侧牙痛 3 d。

现病史 3 d 来右侧牙齿出现阵发性疼痛,遇冷热加重,夜间疼痛明显,难以入睡。不能明确指出患牙。自诉家人发现其常夜磨牙,多年来牙齿遇冷、酸刺激时出现酸痛,曾多次脱敏,使用含氟牙膏,稍有好转。

检查 全口牙齿磨耗严重。$\overline{6|6}$颊侧已磨齐龈。牙本质暴露,冷测验 6|疼痛明显。叩诊(-),松动(-),龈探诊(-)。

X 射线片检查 $\overline{6|}$重度磨耗,未见根尖病变,髓腔变小,近中根管不通

1. 诊断 $\overline{6|}$重度磨耗并发急性牙髓炎。

2. 诊断依据

(1)$\overline{6|}$有重度不均匀磨耗

(2)有急性牙髓炎的疼痛特点。

(3)$\overline{6|}$冷测验疼痛明显。

(4)X 射线片示$\overline{6|}$重度磨耗已近髓。

3. 治疗

(1)$\overline{6|}$局部麻醉下开髓引流 3 d,以后行塑化治疗。

(2)可建议修复科做𬌗垫。

【病案 12】

患者,女,47 岁,教师。

主诉 右侧牙痛 2 h,伴同侧耳颞部及小腿剧痛 1 h。

现病史 患者 2 h 前觉右侧牙痛,呈自发性、阵发性,怕冷热,平卧时牙痛加重。1 h 前右颞部及右腘窝稍下、腓骨后方的皮肤出现剧痛,难以忍受。

既往史 平素健康,无头痛、头晕史及其他系统性疾病。

检查 患者手按右颞部由他人背入诊室,痛苦病容,神志清楚,合作,血压、脉搏正常。口内见$\underline{8|}$近中颈部深龋,探诊敏感,冷热刺激时牙痛加重,同侧头部及小腿疼痛也同时加重。

1. 诊断 $\underline{8|}$急性牙髓炎。

2. 诊断依据

(1)右侧牙痛,呈自发性、阵发性,不敢平卧

(2)$\underline{8|}$近中颈部深龋,探诊敏感。

(3)疼痛向同侧耳颞部及小腿部放射。

(4)冷热刺激加重疼痛,同时头部及小腿部疼痛也同时加重。

3. 治疗

(1)局部麻醉下将$\underline{8|}$开髓,置丁香油棉球。

(2)观察患者 50 min 后，麻醉区域的感觉恢复，但牙痛、头痛及小腿痛均消失。

【病案 13】

患者，男，69 岁，干部。

主诉　左后牙持续性疼痛 1 月。

现病史　患者于 1 月前不明原因突然发生左后牙疼痛，呈持续性，劳累后疼痛加重，休息后疼痛减轻。在外院诊断为“牙髓炎”和“楔状缺损”。经“洁治和充填术”治疗，疼痛未见好转。

检查　全口牙龈呈鲜红色，轻度萎缩。$\overline{|56}$ 颊侧颈部有充填物，叩诊(－)，冷热刺激疼痛不明显。

心电图检查　ST 段在 V_1、V_3、V_5 段水平型下降 0.1 mV(1 mm)，T 波倒置。

1. 诊断

(1)心源性牙痛。

(2)心绞痛。

2. 诊断依据

(1)左侧后牙区疼痛经口腔科针对性治疗后症状不缓解。

(2)疼痛在劳累后加剧，休息可使疼痛减轻。

(3)心电图示 ST 段下降，T 波倒置。

3. 鉴别诊断

(1)急性牙髓炎　①剧痛难忍，尤其是化脓期。②自发性、阵发性疼痛(当发展为全髓炎时呈持续性疼痛)。③温度刺激可加剧疼痛。④牙体有龋坏或其他破坏。⑤夜间或平卧疼痛加剧。⑥当发展为全髓炎时出现叩痛。⑦沿三叉神经分布区有放射性疼痛。

(2)三叉神经痛　①疼痛剧烈似电击样或刀割样。②有固定“扳机点”。③疼痛突然发作，持续时间短暂，每次数秒或 1～2 min，最长不超过 5 min。④疼痛与劳累无关。

4. 治疗　常规应用抗心绞痛药 2 周后，牙痛消失。

【病案 14】

患者，男，68 岁，教师。

主诉　双侧后牙阵发性疼痛 7 d。

现病史　患者述近日来因活动后，突然发现双侧后下牙疼痛，休息 2～5 min 后，疼痛缓解。既往无高血压病史。

检查　体温 37 ℃，脉搏 100 次/min，呼吸 20 次/min，血压 14/10 kPa。口腔检查：$\underline{761567}$ 可摘局部义齿修复，$\overline{|6}$ 船面银汞合金充填。叩诊(－)，冷热试验反应迟钝，其余牙齿正常。全口牙龈轻度红肿，牙龈萎缩 1～3 mm，牙周袋深 2～3 mm，颌下淋巴结未扪及。

心电图检查　V_1～V_4 呈 QS 型，ST 段呈单向曲线抬高。

X 射线片检查　未见龋坏的牙齿及根尖周炎。

1. 诊断

(1)心源性牙痛。

(2)急性前壁心肌梗死。

2.诊断依据

(1)牙痛为阵发性,经休息后疼痛缓解。

(2)未见龋坏的牙齿,冷热刺激试验反应迟钝。

(3)心电图示 $V_1 \sim V_4$ 呈 QS 型,ST 段呈单向曲线抬高。

3.鉴别诊断　同病案 13。

4.治疗　收心血管内科,按急性心肌梗死常规治疗 4 周,牙痛消失。

【病案 15】

患者,女,18 岁,学生。

主诉　右上后牙疼痛伴半边头痛 6 d。

现病史　患者于 6 d 前出现右上后牙持续性疼痛,偶有剧痛,伴有半边头痛。在当地医院诊断为"5|牙髓炎"做"干髓治疗",但效果不明显,牙痛及头痛未见减轻。

既往史　患者于半月前曾患"感冒",有流脓鼻涕症状,口服"泰克胶囊"后症状缓解。

检查　患者说话带有很重的鼻音。5|殆面有充填物。65|叩诊(±)。6|对冷、热试验均敏感,但去除刺激后疼痛立刻消失。右上颌窦前壁压痛。

X 射线片检查　显示右侧上颌窦液平面形成。

1.诊断　急性上颌窦炎(右)反射性牙痛。

2.诊断依据

(1)上呼吸道感染病史。

(2)疼痛为持续性闷痛,伴有头痛及流脓鼻涕。

(3)上颌窦前壁有明显压痛。

(4)X 射线片显示右侧上颌窦液平面形成。

(5)上颌窦炎反射性牙髓神经痛。因上颌后牙根尖邻接上颌窦底,其牙髓神经进入根尖孔前先经过上颌窦侧壁和底部,故上颌窦炎时常引起后牙的牙髓神经痛。

3.鉴别诊断

(1)急性牙髓炎　①剧痛难忍,尤其是化脓期。②自发性疼痛。③阵发性疼痛,当发展为全髓炎时呈持续性疼痛。④放射性疼痛,不能准确指出病牙。⑤刺激性疼痛,冷、热刺激均诱发和加重疼痛,刺激去除后疼痛仍持续。⑥疼痛昼轻夜重。⑦牙体有龋病或其他破坏性疾病。

(2)三叉神经痛　①疼痛很少在夜间发作。②冷热刺激不引起疼痛。③疼痛发作时间短暂,每次持续数秒至 1~2 min,很少超过 5 min。④有疼痛扳机点,触及该点即诱发疼痛。

4.进一步检查　上颌窦穿刺抽出淡黄色脓性液体。

5.治疗

(1)抗炎药物治疗。

(2)上颌窦穿刺冲洗。

【病案 16】

患者,男,48岁,工人

主诉 右上后牙间断性疼痛10 d,眼部出现疱疹1 d。

现病史 患者于10 d前出现右上后牙间断性疼痛,含"乙醇"后暂时缓解。昨天突感疼痛加剧,并向右侧头部放射。同时右上眼睑皮肤红肿、灼痛,且右侧前额、上睑及鼻背可见密集的、米粒大小的水疱。

检查 体温38 ℃,脉搏80次/min,心率22次/min,血压13/10 kPa。神志清醒,精神欠佳,急性病容。心肺功能正常,余未见异常。眼科情况:右上眼睑明显红肿,表面可见大小不等的浆液性水疱,部分已破溃,右眼因肿胀呈紧闭状态,右侧面部亦出现界限不清的水肿,右侧三叉神经第1、第2支分布区皮肤触痛明显。口腔情况:6| 远中殆面深龋,探痛(+),松动Ⅰ度,叩痛(+),温度试验(+)。

实验室检查 白细胞计数12.3×10^9/L,分类中性粒细胞0.78,淋巴细胞0.18,尿、粪常规正常。

心电图检查 未见异常。

1.诊断 急性牙髓炎合并眼部带状疱疹。

2.诊断依据

(1)先出现右上后牙间断性疼痛,在突感疼痛加剧的同时出现右上眼睑皮肤红肿、灼痛及水疱。

(2)6| 深龋,探诊(+),叩诊(+),松动Ⅰ度。

(3)温度试验(+)。

3.治疗

(1)局部麻醉下6| 开髓,置丁香油棉球安抚止痛。

(2)①卡马西平0.2 g,口服,每日3次。②青霉素80万U,病毒唑0.2 g,地塞米松5 mg,静脉滴注,每日1次。③肌内注射维生素B_{12} 0.1 mg,每日1次。

(3)局部溃疡面用2%硼酸液清洗后,涂四环素、可的松眼膏,眼部用1%无环鸟苷眼液预防性滴眼,4 d后眼睑部疱疹缩小,7 d后右侧头面部皮肤水泡干燥结痂,自行脱落。

(4)6| 行失活干髓治疗后,银汞合金充填。

【病案17】

患者,男,62岁,干部。

主诉 右上牙痛1月,加重伴复视1周。

现病史 1个月来患者右上后牙疼痛,近1周加重,为剧烈阵发性痛,向同侧头面部扩散,不能进冷热性食物。同时在看远处景物时呈现双像。

既往史 既往体健,无牙痛、头痛、恶心、颌面部外伤及眼病史。

检查 6| 咬合面重度磨损,无龋病和隐裂,叩痛(-),冷试验时激起剧痛,牙龈无红肿。右眼视物有双影。请眼科会诊:双眼视力1.0,眼球运动、眼压与眼底、瞳孔及对光反应均正常。

1.诊断 6| 急性牙髓炎伴右眼复视。

2.诊断依据

(1)牙痛为阵发性剧痛，向同侧头面部扩散。

(2)$\underline{6|}$ 咬合面重度磨损，冷测验激起剧痛。

(3)眼科检查未发现眼部器质性病变

3.治疗

(1)局部麻醉下 $\underline{6|}$ 行开髓引流。术后 4 h 牙痛与同侧头面部痛完全消失，右眼复视亦随之消失，视物清楚。

(2)$\underline{6|}$ 常规干髓治疗。2 周后复查，再请眼科医生检查，无复视，双眼亦未发现异常

【病案 18】

患者，女，36 岁，干部。

主诉　左侧后牙区咬合痛 4 个月。

现病史　4 个月来，左下侧磨牙区不敢咀嚼，不慎咬合时产生穿透性剧痛，强冷刺激加剧疼痛，但一般尚可忍受。$\overline{|6}$ 曾在 15 年前作中龋处理　$\overline{|7}$ 在 2 年前行干髓术

检查　$\overline{|6}$ 殆面中央窝洞银汞补料尚完整，仅舌侧边缘探及有细微裂隙，邻面及颊舌面无异常，叩痛(±)，冷热刺激试验(±)，电活力测定轻度敏感，牙齿无松动。

X 射线片检查　$\overline{|6}$ 根尖周未见异常，充填补料远离髓腔。$\overline{|7}$ 充填完好。

1.进一步检查　细心去除 $\overline{|6}$ 补料时，患者出现激发痛，冷热刺激症状加重。吹干窝洞，用探针细查洞底发现位于中央窝牙本质深层有一裂纹贯通颊舌径，探及裂纹时呈尖锐样痛，未见穿髓点。用碘酊染色裂纹清楚可见

2.诊断　$\overline{|6}$ 颊舌向正中部隐裂伴慢性牙髓炎

3.诊断依据

(1)左侧后牙咬合时产生穿透性剧痛，强冷热刺激加剧疼痛。

(2)X 射线片示 $\overline{|6}$ 根尖周正常，充填补料远离髓腔

(3)探查洞底发现中央窝牙本质深层有一裂纹贯通颊舌径，用碘酊染色清楚可见

4.治疗

(1) $\overline{|6}$ 常规开髓，止痛。

(2)调整咬合关系

(3) $\overline{|6}$ 干髓疗法，全冠修复。

【病案 19】

患者，女，14 岁，学生

主诉　右下磨牙疼痛 2 年，出现肿物 7 个月

现病史　患者于 2 年前右下第一磨牙常有自发性疼痛，于 7 个月前又发现龋洞内长出一米粒大小的肿物，逐渐增大；进食时经常出血，影响咀嚼

检查　右侧面颊比对侧稍丰满，张口活动正常，于 $\overline{765|}$ 殆面上方有一肿物，质中等硬，表面光滑，呈鲜红色，体积约 3 cm×1.8 cm×1.0 cm，触之易出血，肿物基底部位于 $\overline{6|}$ 远中殆面龋洞内。探查 $\overline{76|}$ 邻、颊、舌侧龈组织均正常。正中殆时见肿物位于 $\frac{765|}{765|}$ 牙冠之颊侧，距右上

颌前庭沟仅 0.2 cm。

X 射线片检查 $\overline{6|}$殆面远中龋坏，深达髓腔，但无底穿。近中根尖部分吸收。

1.诊断 $\overline{6|}$巨大牙髓息肉。

2.诊断依据

(1)右下第一磨牙龋洞内肿物逐渐增大。

(2)肿物质地中等，表面光滑，触之易出血。

(3)肿物基底部位于$\overline{6|}$远中殆面龋洞内，探查$\overline{76|}$邻颊舌侧龈组织正常。

(4)X 射线片示$\overline{6|}$殆面远中龋坏，深达髓腔，但无底穿。

3.鉴别诊断

(1)牙龈息肉 牙龈增生可长入龋洞内形成息肉，但蒂部位于牙龈上。

(2)牙周膜息肉 X 射线片可见龋蚀破坏髓室底，形成根分叉穿孔。

4.治疗 在局部麻醉下将$\overline{6|}$连同肿物完整取出，见肿物蒂部位于髓腔内。$\overline{6|}$远中为两根，近中为一根，远中根尖有部分吸收，根尖孔直径达 3 mm，肿物重 1.5 g，术后伤口愈合良好。

5.进一步检查 病理组织检查见肿物表面为鳞状上皮被覆，其下方为新生毛细血管和成纤维细胞及淋巴细胞为主的炎症细胞浸润，呈炎性肉芽组织。病理诊断：牙髓息肉。

【病案 20】

患者，女，48 岁，干部。

主诉 右面部和右侧牙剧痛 3 个月。

现病史 于 3 个月前不明原因突然发生右面部和右侧牙疼痛，呈阵发性剧痛。当上楼和跑步时随其节奏出现跳痛，平趴时疼痛加重，常以轻步行走缓解疼痛。曾在当地医院诊断为"三叉神经痛"，口服"卡马西平"(药量不详)。服药期间疼痛减轻，停药后仍剧痛难忍。

检查 痛苦面容，右手捂于右面部，$\underline{54|}$ 缺失。$\underline{8|}$ 远中殆面龋坏，探诊、冷热刺激试验均为轻度敏感，去除刺激疼痛立即消失。

X 射线片检查 口腔全颌曲面断层片显示$\underline{76|}$ 髓腔内阻射，圆形物充满髓腔。$\overline{8|}$为埋伏牙。

1.诊断

(1)$\underline{76|}$ 牙髓钙化变性(髓石)。

(2)$\underline{8|}$ 龋病(Ⅱ度)。

(3)$\overline{8|}$埋伏牙。

2.诊断依据

(1)右面部和右侧牙阵发性剧痛随人体活动节奏加重。

(2)X 射线片显示$\underline{76|}$ 髓腔内有钙化物。

3.鉴别诊断

(1)三叉神经痛 ①有固定"扳机点"。②剧烈疼痛，似电击和刀割样。③疼痛很少在夜间发作。④疼痛与冷热刺激无关。⑤疼痛突然发作，持续时间短暂，每次持续数秒钟多见，最多不超过 5 min。

(2)急性牙髓炎 ①剧痛难忍，尤其是化脓期。②自发性疼痛。③阵发性疼痛，当发展为全髓炎时呈持续性疼痛。④刺激性疼痛，当浆液性牙髓炎时冷热刺激均诱发和加重疼痛，在化脓性牙髓炎时，热刺激诱发和加重疼痛，冷刺激反而使疼痛缓解。⑤放散性疼痛，不能准确指出病牙。⑥疼痛昼轻夜重。⑦牙体有龋病或其他破坏性疾病。⑧当发展为全髓炎时可出现轻度叩痛。

4.进一步检查

(1)76| 做冷热刺激试验，结果是反应迟钝。

(2)76| 做电活力测定，结果是反应迟钝。

5.治疗

(1)76| 局部麻醉下开髓，取出髓石。

(2)76| 根管治疗。

(3)8| 择期拔除。

(4)$\overline{8}$|观察。

【病案21】

患者，男，62岁，工程师。

主诉 右上后牙不能咬东西2年。

现病史 2年来右上后牙不能咬东西，曾在当地诊所检查，右上后牙完整，未予处理。追问病史诉2年前曾咬过砂石。

检查 6| 牙体完整，冷测比对照牙反应迟钝，颊侧叩诊浊音，垂直叩诊(+)，咬棉卷痛。松动Ⅰ度，功能性动度Ⅱ度，牙龈退缩。探诊深度：远中颊10 mm，远中舌6 mm，余位点3～4 mm。根分叉病变远中Ⅲ度，余Ⅰ度。正中𬌗时尖窝关系紧密。

X射线片检查 6| 远中颊根根长1/3处有低密度透射影，远中牙槽骨垂直吸收达根折断处。

1.诊断 6| 远中颊根创伤性根横折伴慢性牙髓炎

2.诊断依据

(1)好发于中老年人的上颌磨牙腭根、远中颊根。

(2)患牙长期咬合不适，可有急性咬合外伤史。

(3)牙冠完整，根折侧叩诊浊音，叩诊(+)。

(4)患牙松动Ⅰ度，功能性动度Ⅱ度。

(5)正中𬌗时尖窝关系紧密。

(6)X射线示 6| 远中颊根根长1/3处有透射的根折线。

3.治疗

(1)6| 腭根和近中颊根做塑化或根管治疗。

(2)6| 远中颊根行截根术。

(3)适当调𬌗，修复或重建良好的𬌗关系。

另外若牙髓活力正常的患者可不做牙髓治疗，定期观察。若折断部位不与龈袋相通者可做根管治疗，不必截根。

【病案22】

患者，女，45岁，农民。

主诉 左上颌牙痛伴左眼睑肌肉阵发性痉挛4 d。

现病史 患者于4 d前不明原因出现左眼睑肌肉阵发性痉挛、抽搐，前来我院眼科就诊，眼科检查未发现异常，询问病史发现眼睑肌肉痉挛的同时伴有明显的左上磨牙疼痛，故转入我科治疗。追问病史患者述左上颌牙痛症状在先，眼睑症状在后。

检查 牙痛时左眼睑肌肉持续性痉挛，不能自主睁眼，持续约数秒至数分钟，牙痛间歇期眼症状消失，间歇期数10 min至数小时不等。口腔检查：⌊6深龋已穿髓，明显探痛，无松动，无叩痛，冷热刺激均加重疼痛。牙龈黏膜正常。

1.诊断 ⌊6慢性牙髓炎急性发作。

2.诊断依据

(1)左上颌牙痛症状在先，眼睑症状在后。

(2)牙痛及眼睑症状为阵发性。

(3)⌊6深龋，探痛明显，冷热刺激加重疼痛。

3.治疗 ⌊6干髓治疗，治疗后患者各种症状全部消失。

【病案23】

患者，男，66岁，工人。

主诉 左下颌牙持续性钝痛3个月，双侧颞部、腮部肌肉阵发性痉挛2个月。

现病史 3个月前患者感左下颌牙持续性钝痛，冷热刺激和进食时加重。约1个月后出现双侧颞部、腮部肌肉痉挛，每次发作持续约3 s，间隔6～10 s。近10 d间隔时间明显缩短，约3 s，伴局部肌肉抽搐胀痛，张口困难，影响工作和生活。曾服用"复方新诺明"无效

既往史 无全身慢性疾病和外伤史。

检查 神志清楚，发育营养正常。颌面部对称，两侧颞肌、嚼肌阵发性抽搐。痉挛与间隔时间基本相等，约3 s。发作时两侧嚼肌、颞肌隆起，呈现核桃大小硬韧包块，压痛，扪及肌震颤。间隔期恢复正常，包块消失。张口度2 cm。⌈6远中面龋，穿髓，探痛(++)，叩痛(-)。⌈8、8⌉缺失，4⌋、6⌋ ⌊7残根，其他未见异常。

1.诊断

(1)⌈6慢性牙髓炎

(2)双侧颞肌、嚼肌痉挛。

2.诊断依据

(1)左下颌持续性钝痛，冷热刺激和进食时加重。

(2)⌈6远中面龋，穿髓，探痛(++)，叩痛(-)。

3.治疗 ⌈6行干髓术。用2%利多卡因2 ml行左下牙槽神经阻滞麻醉，约5 min麻醉显效，牙痛消失，左颞肌、嚼肌抽搐减轻。⌈6验面开髓，去冠髓，FC棉球置髓腔后牙胶暂封注射麻药15 min后两侧颞肌、嚼肌抽搐均减轻。给予安坦40 mg、安定50 mg，口服，每日3次。3 d后复诊，颞肌、嚼肌抽搐完全消失，张口度4 cm。停药后随访1年未见复发。

【病案 24】

患者,男,16 岁,学生

主诉 反复性、阵发性头痛 2 年余,伴双侧上后牙胀痛 2 周。

现病史 患者于 2 年前出现头痛,当时未引起注意,未就医治疗。以后经常反复性头痛,曾到我院内科就诊,脑电图、脑血流图检查未见异常,内科临床检查未见异常。经对症治疗、抗生素治疗,效果不明显,而且疼痛逐渐加重。2 周前因患"感冒"又引起双侧上颌后牙阵发性胀痛。故来我科就诊。患者自发病以来,无头痛、眩晕,无头重脚轻、飘飘欲倒感。前额和鼻根部无发胀及发闷的钝痛感。夜间睡眠可,头痛无一定规律性,与饮食无关,与季节无明显关系,但感冒时头痛加重。

检查 一般情况好,发育正常,营养中等,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。内眦与鼻根之间无触痛,无眼球压痛。耳郭无畸形,外耳道无异常分泌物,乳突无压痛,听力正常,无鼻塞,无脓性分泌物,鼻腔增大,鼻中隔无偏曲,上颌窦前壁无压痛。牙齿排列整齐,无叩痛,3|3 缺失。咬合关系良好,咽部无红肿,开口不受限,咀嚼功能正常。舌下腺、腮腺、颌下腺未见异常。

X 射线片检查 断层片显示4|4 根尖上方有埋伏牙,埋伏牙牙体倒置。右侧埋伏点与上颌窦内侧壁相连,左侧埋伏牙位于上颌窦内侧壁下缘,双侧上颌窦边缘清晰。

1.诊断 上颌窦3|3 埋伏牙。

2.诊断依据

(1)经常反复性、阵发性头痛,对症治疗效果不明显。

(2)感冒时头痛加重。

(3)上颌窦前壁无压痛。

(4)X 射线片显示上颌窦内4|4 根尖上方有埋伏牙。

(5)3|3 缺失。

3.鉴别诊断 与上颌窦炎鉴别:①牙痛为持续性胀痛,上颌前磨牙及磨牙可出现叩痛;②头痛伴有鼻阻、流脓鼻涕;③上颌窦前壁有压痛。

4.治疗 手术摘除上颌窦3|3 埋伏牙(术后患者一般情况好,头痛症状消失,随访半年头痛无复发)。

【病案 25】

患者,女,47 岁,工人

主诉 上前牙牙龈流脓 1 周。

现病史 2 个月前上前牙曾在某医院做过治疗,治疗时牙龈已流过两次脓,经治疗好转。但治疗后 1 个月又出现肿胀,自服消炎药消肿,近 1 周又出现类似情况,遂就诊。

检查 $1^{MD}|$ 龋洞玻璃离子充填,相应唇侧移行沟处有龈瘘。叩诊(+),松动Ⅰ度。正中殆时上下中切牙有早接触,前伸殆正常。原治疗未拍 X 射线片。

X 射线片示患牙欠充 3 mm,根管壁等有空隙,根尖部有 2 mm×1 mm 低密度透射影。近

中牙槽骨角形吸收。

1.诊断　慢性根尖周炎。

2.诊断依据

(1) $\underline{1^{MI}|}$ 根充后反复肿胀、瘘管出现

(2)根充欠填 >1 mm,三维不满。

(3)正中𬌗有早接触,未调加速其失败。

3.治疗

(1)取出原充物,重新预备根管(拔髓时还发现有少量残髓、不成形)。待症状消失后重新根充,示恰充或稍有超充,三维满则可。

(2)调𬌗。若正中𬌗有干扰、非正中𬌗关系正常,则磨改舌侧窝。

【病案26】

患者,男,46岁,农民。

主诉　右下牙颊侧牙龈肿胀1年。

现病史　患者1年前感觉右下牙颊侧牙龈不适,在黏膜上触到一肿块。曾两次因疼痛在他院切开,切开后疼痛即缓解,但仍感不适,患部肿胀不消。

检查　$\overline{43|}$颊侧龈近根端处黏膜有约2 mm×3 mm的隆起,扪之有囊性感。隆起处有一瘘管口,周围有瘢痕。挤压黏膜隆起部时,自瘘管口有少量脓液及黏性液体溢出,无明显压痛。$\overline{43|}$不松动,叩痛(-),无龋,无牙周袋。

X射线片检查　$\overline{3|}$根尖1/3远中侧有一约6 mm×4 mm的阴影与牙周间隙相连,边界不清,呈云雾状。

1.诊断　$\overline{3|}$根侧囊肿继发感染。

2.诊断依据

(1)病程缓慢。

(2)颊侧龈近根端处黏膜隆起,扪及有囊性感,隆起处有一瘘管口,挤压有脓液及清亮液体溢出。

(3)X射线片示$\overline{3|}$根尖1/3远中侧有一阴影与牙周间隙相连,边界不清。

3.治疗　局部麻醉下行$\overline{3|}$根尖刮治术。于$\overline{43|}$颊侧沟上方做弧形切口,剥离黏骨膜,见有2 mm×2 mm骨质破坏区。去表面骨质,充分暴露病区,彻底刮除病变组织,冲洗创口,拭干,待充盈血液后缝合。

5.进一步检查　病区刮除物经病理组织检查,见有囊壁组织。病理诊断:根旁囊肿。

经随访观察,14个月后骨质修复,$\overline{3|}$牙髓活力及功能正常。X射线片检查见病变区消失。

【病案27】

患者,女,54岁,工人。

主诉　右面部阵发性疼痛20余天。

现病史　患者于20 d前出现右面部阵发性疼痛,进食时疼痛加重。夜间需服"止痛

片”、“安定”等方可入睡。在当地医院诊断为“右侧三叉神经痛”，给予“苯妥英钠”治疗，症状未见缓解。

检查　6| 远中颈部深龋，牙龈增生充满窝洞，探诊敏感未探及穿髓点，叩痛（+），冷热刺激可诱发和加重疼痛。

1.诊断　慢性牙髓炎急性发作。

2.诊断依据

(1)阵发性疼痛，夜间加剧。

(2) 6| 牙体有龋病，叩痛（+）。

(3)冷热刺激可诱发和加重疼痛。

(4)无“扳机点”。

3.鉴别诊断

(1)三叉神经痛　①疼痛剧烈，似刀割样和电击样。②有固定“扳机点”。③疼痛很少在夜间发作，一般止痛药无效。④疼痛与冷热刺激无关。⑤疼痛突然发作，持续时间短暂，每次持续数秒，最多不超过 5 min。

(2)牙髓钙化变性　①疼痛剧烈，随人体活动节奏加重。②疼痛与冷热刺激无关。③X 射线片显示患牙牙髓腔内有钙化物。

4.治疗

(1) 6| 开髓、引流、止痛。

(2) 6| 常规干髓治疗。

【病案 28】

患者，女，40 岁，干部。

主诉　右下前牙肿 3 d，疼痛加重。

现病史　3 d 前右下前牙疼痛加重，持续性跳痛，口服止痛药未能使疼痛减轻。因疼痛不能进食，难以入眠。在附近诊所静脉滴注“青霉素”800 万 U、0.5%“甲硝唑”250 ml 后遂到我院就诊。

检查　$\overline{3}^{DL}$深龋洞，已露髓，冷测验无反应，叩诊（+ + +），松动 Ⅱ 度、活力测验（-），患牙相应的龈颊沟变平，明显红肿，触痛，扪诊时有深波动感。右侧颌下淋巴结肿大，右下唇及颊部肿胀。探诊深度 3 ~ 4 mm。

X 射线片检查　根尖透射影 3 mm × 2 mm，根管中间线性密度增高，根尖 1/3 有侧支根管。

1.诊断　$\overline{3}^{DL}$慢性根尖周炎急性发作（骨膜下脓肿）。

2.诊断依据

(1)自发性持续性跳痛达到难以忍受的程度。

(2)牙齿松动Ⅱ ~ Ⅲ度，叩诊（+ + +），牙髓无活力，患区牙龈红肿，压痛明显。

(3)相应软组织呈反应性水肿。

(4)淋巴结肿大。

(5)X 射线片示根尖区透射影 3 mm × 2 mm。

3.鉴别诊断

(1)急性浆液性根尖周炎　①初期无明显的自发痛,疼痛不如化脓性根尖周炎剧烈,无搏动性痛。②牙齿松动Ⅰ度,叩诊(+),牙髓活力可无也可反应迟钝,患牙区软组织无明显肿胀。③淋巴结不肿大。④病变初期咬紧牙时疼痛可缓解。

(2)急性化脓性根尖周炎,根尖脓肿和黏膜下脓肿　根尖脓肿和黏膜下脓肿属化脓性根尖周炎的另外两个阶段,都具有化脓性炎症的共同特点。其不同点在于根尖脓肿比骨膜下脓肿疼痛稍轻,患牙根尖部牙龈轻度潮红,肿胀不明显。黏膜下脓肿是脓肿的晚期,疼痛明显减轻,根尖部龈黏膜肿胀明显加重,呈半球形隆起,有波动感,全身症状减轻。

4.治疗

(1)消除急性炎症　①患牙开髓、拔髓,清除根管感染物,开放引流。②移行沟变平,有波动感时,局部麻醉下切开置橡皮引流条。③用强效的消炎药,适当予以止痛药。

(2)急性期过后做根管治疗　注意3̅|有两个根管,属Ⅰ-Ⅱ-Ⅰ型,若只预备一个根管,另一根管残髓及感染物未清干净,将影响治疗效果。所以做根管治疗时不仅应熟悉各根管的解剖形态,而且应注意根管变异。不仅要测准工作长度,最好器械在进入根管前测其长度,防止未能预料的复杂的根管形态,以免折断器械。

【病案29】

患者,男,56岁,教师

主诉　左下磨牙隐痛半年,加重2 h

现病史　患者于半年前开始不明原因左下磨牙隐痛,昨天自觉左下磨牙自发性隐痛,阵发性疼痛加重,未做治疗。近2 h来,剧痛发作频繁,持续时间长,间歇时间短,疼痛发作时伴左肩酸痛,间歇时酸痛即随之减轻,来我院急诊求治。

检查　痛苦面容,神清合作,体温、脉搏、血压均正常。口腔检查:|5̅无龋、牙周袋深,松动Ⅱ度,龈上、龈下结石Ⅱ度,冷热试验无反应,叩痛(++),颊侧沟黏膜有一瘘管。

X射线片检查　|5̅根尖区可见约2 mm×2 mm阴影,形状不规则。

1.诊断

(1)|5̅慢性根尖炎急性发作。

(2)|5̅牙周炎。

2.诊断依据

(1)自发性、阵发性牙痛逐渐加重。

(2)牙痛发作时伴肩痛,间歇期肩痛也随之减轻。

(3)|5̅无龋,牙周袋深、松动Ⅱ度,颊侧根尖黏膜有一瘘管,叩痛(++),冷热试验无反应。

(4)X射线片示|5̅根尖区有一阴影。

3.治疗

(1)|5̅开髓,引流,并辅以全身抗炎治疗。

(2)|5̅作根管治疗及牙周治疗。治疗后牙痛消失,左肩部酸痛亦消失,观察半年未见复发。

【病案 30】

患者,女,14 岁,学生。

主诉　左上切牙疼痛,鼻前庭处皮肤反复破溃、溢脓 2 年。

现病史　5 年前碰伤左上颌切牙,牙冠折断,未治。2 年前左上颌切牙疼痛、上唇、鼻底肿胀,经消炎后左侧鼻前庭处皮肤破溃,流出脓液后,牙痛、局部肿胀渐消。近 2 年来患牙时有疼痛,鼻前庭处遗留窦道,常有少许脓液自窦道流出。

检查　左鼻前庭有一窦道,按之有少许脓液自窦道流出。$\underline{|1}$ 切端冠折,牙冠色暗,探诊无疼痛,牙不松动,叩痛(+ +)。口腔前庭沟黏膜未见窦道。

X 射线片检查　$\underline{|1}$ 尖周有一不规则稀疏区,面积约 1 mm×1.2 mm。

1.诊断　$\underline{|1}$ 慢性尖周炎并鼻前庭窦道。

2.诊断依据

(1)左上颌切牙外伤史。

(2)先有切牙疼痛及上唇、鼻底肿胀,后在鼻前庭处留有一瘘道。

(3)$\underline{|1}$ 冠折,探痛(-),叩痛(+),前庭沟黏膜未见窦道。

(4)X 射线片示 $\underline{|1}$ 尖周有一不规则稀疏区。

3.治疗　$\underline{|1}$ 行根管治疗术。根管封 FC,每 3 天复诊 1 次,经 3 次换药,窦道封闭,充填根管。2 年后复查,无窦道,X 射线片示 $\underline{|1}$ 根尖周正常。

【病案 31】

患者,女,23 岁,农民。

主诉　右眶下皮肤切口不愈 2 个月。

现病史　2 个月前右眶下肿胀,在他院按“皮脂囊肿继发感染”手术切除。1 周后拆线,伤口未愈,有脓,引流,仍不愈。追问病史,2 年前因 $\underline{6|}$ 近中殆面龋在他院行“玻璃离子水门汀充填”。

检查　$\underline{6|}$ 近中殆面龋充填完好,牙髓活力测验(-),颊、腭侧龈无窦道。同侧余牙无龋。右眶下皮肤伤口有少许脓液,探之伤口深达上颌骨骨面。

X 射线片检查　$\underline{6|}$ 近中颊根较长,根尖区骨质稀疏。

1.诊断　$\underline{6|}$ 慢性根尖炎伴皮肤窦道。

2.诊断依据

(1) $\underline{6|}$ 有深龋充填史。

(2)右眶下皮肤切口不愈合,探之深达上颌骨骨面。

(3) $\underline{6|}$ 牙髓活力测验(-),颊腭侧龈无窦道。

(4)X 射线示 $\underline{6|}$ 根尖区骨质疏松。

3.治疗　拔除 $\underline{6|}$ 。拔除 $\underline{6|}$ 后,发现 $\underline{6|}$ 近中颊根与窦道相通。离体测量 $\underline{6|}$ 近中颊根长度为腭侧根长的 2 倍。彻底搔刮窦道后皮肤窦道愈合。

第三节 牙周病

【病案32】

患者,男,29岁,技师。

主诉 牙龈疼痛伴口臭1周。

现病史 1周前该患者感冒后,全身乏力,牙龈疼痛、发红,晨起时唾沫带有血迹,口水黏稠且多,说话时口臭明显。曾在所在职工医院给予口服消炎药(药名不详)、"维生素C"等,稍好转。今来诊。

个人史 有抽烟习惯。

检查 $\overline{321|123}$唇侧边缘龈明显红肿,鲜红色、灰白色污秽软垢堆积,龈乳头部分溃疡坏死。全口龈上结石Ⅱ度。口底下淋巴结触之略肿大。血常规检查,白细胞计数9.6×10^9/L,分类中性粒细胞0.76、淋巴细胞0.24。

辅助检查 刚果红负性染色涂片可见大量螺旋体和梭形杆菌。

1.诊断 急性坏死溃疡性龈炎。

2.诊断依据

(1)发病急,病程短,并伴有全身症状。

(2)牙龈乳头溃疡坏死。

(3)存在明显口臭。

(4)血常规检查和坏死区涂片检查发现中性白细胞增高,有螺旋体和梭形杆菌。

3.鉴别诊断

(1)急性疱疹性龈口炎 ①为病毒感染,多发于幼儿。②病损波及全部牙龈而不局限于牙间乳头和龈缘。③病变为成簇小疱或浅糜烂面,无组织坏死。④口臭程度较轻。

(2)单纯性龈炎 ①无明显临床症状,病程长久。②牙龈红肿但无坏死。③病变可涉及附着龈。

4.治疗要点

(1)初步清创 小心去除坏死组织、牙垢和牙石,用3%H_2O_2溶液拭洗。

(2)药物治疗 包括全身用药(抗生素以青霉素为首选,维生素B、C等)、局部用药(1%H_2O_2溶液和缓释药膜)。

(3)牙周治疗 待急性期过后彻底治疗慢性龈炎或牙周炎,以防止复发。

(4)积极进一步检查相关的全身性疾病 如癌瘤、血液病、严重的消化道疾病、艾滋病等。

【病案33】

患者,男,22岁,学生。

主诉 右下磨牙床胀痛伴咬合痛3 d。

现病史　3 d 前始于右下磨牙戴牙套后塞牙，剔牙引起胀痛，继而该处牙不敢咬合，刷牙时该牙床出血明显。自服"去痛片"，未见效果，今日来诊。

检查　$\overline{76|}$邻间隙存在食物残渣。$\overline{76|}$间龈乳头明显红肿，略变厚，探之易出血，探痛（+++）。$\overline{76|}$叩痛（+），$\overline{6|}$金属全冠，$\overline{76|}$接触点丧失。

X 射线片检查　$\overline{76|}$牙片示$\overline{76|}$牙槽嵴顶高度正常，相邻膜腔稍宽。$\overline{7|}$近中邻面釉质层未见密度降低区。

1. 诊断　$\overline{76|}$间急性龈乳头炎。

2. 诊断依据

(1) $\overline{76|}$间龈乳头明显肿胀，探痛，牙间隙存在食物残渣嵌塞。

(2) $\overline{6|}$金属冠，$\overline{76|}$接触点丧失。

3. 鉴别诊断

(1) 急性牙髓炎　①龋源性牙髓炎存在不同程度的牙体龋坏，隐匿龋可通过探诊或 X 射线片发现。②放散性疼痛，不能明确指出病牙。③夜间疼痛加重。④冷热刺激痛。

(2) 单纯牙周炎　①呈慢性病程，无明显疼痛症状。②与龈上结石有关，可波及全口附着龈。③常伴有口臭。

(3) 水平型食物嵌塞　①多见于老年人或牙周病患者，牙龈萎缩，外展隙增大，波及多数牙。②无刺激疼痛症状。

4. 治疗

(1) 去除$\overline{76|}$牙间隙食物残渣，用 3% H_2O_2 溶液冲洗；以局部用药为主，上甲硝唑药膜和碘甘油。

(2) $\overline{6|}$金属全冠摘除，重新制作，恢复$\overline{76|}$正常接触点。

【病案 34】

患者，女，31 岁，演员。

主诉　右上前牙松动 1 年。

现病史　1 年前发现右上前牙松动，刷牙或咬硬物时出血，未予治疗。近期松动明显，遂求治。

检查　$\underline{1|}$唇侧牙龈退缩明显，至膜龈联合处。出血指数 4，探诊深度近中 5 mm，松动 Ⅱ 度，冷测试正常，叩痛（－）。口腔卫生一般，菌斑指数 1～2，牙石（＋）。全口牙龈稍暗红，牙龈退缩不明显，出血指数 2～3，探诊深度 3～5 mm，后牙根分叉未探及。牙齿未发现明显松动。$\frac{8|8}{8|8}$正常萌出，$\frac{6|6}{6|6}$正中关系，$\overline{321|123}$拥挤错位。右侧中切牙正中𬌗、前伸𬌗均有早接触，X 射线示$\underline{1|}$近中牙槽骨吸收达根长 1/2。

1. 诊断　$\underline{1|}$牙龈退缩（创伤性）。

2. 诊断依据

(1) $\underline{1|}$唇侧牙龈退缩，附着龈丧失。

(2) 有明显的𬌗创伤。

(3)X 射线示 1| 近中牙槽骨角形吸收。

3.治疗

(1)OHI(口腔卫生宣教)。

(2)彻底洁治、刮治。

(3)炎症控制后植骨加膜龈手术。

【病案 35】

患者,女,37 岁,干部。

主诉 右上颌牙床肿痛 3 d。

现病史 3 d 前,由于右上颌牙间食物嵌塞而用牙签剔牙,随后牙龈胀痛,吮吸出血,疼痛呈持续性,用牙签剔牙和吮吸出血后胀痛有所缓解,遇冷热疼痛加剧。

检查 颜面对称,右手指按压于 54| 颊侧面部,54| 牙间乳头鲜红肿胀,探诊出血,轻度探痛;54| 拥挤,5| 颊向错位,4| 远中颈部龋,探痛(-),54| 叩痛(+),中等度冷热刺激痛。

X 射线片检查 54| 根尖片显示,4| 远中龋,牙周膜及牙槽骨影未见改变。

1.诊断

(1) 54| 急性龈乳头炎。

(2) 4| 远中龋(Ⅱ度)。

2.诊断依据

(1)右上颌牙龈持续胀痛,龈乳头鲜红,探诊及吮吸出血,且有食物嵌塞及不恰当剔牙史。

(2)X 射线片显示牙周膜及牙槽骨影未见异常,4| 远中龋。

3.鉴别诊断 急性牙髓炎:①疼痛剧烈,难以忍受;②自发性疼痛;③放射性疼痛,患者不能准确定位;④阵发性疼痛;⑤刺激性疼痛;⑥叩痛出现晚且轻;⑦与体位有关(或昼轻夜重)。

4.治疗

(1)局部处理 去除局部各种刺激物,如牙石、菌斑和嵌塞于牙间的食物残渣;并用 1%~3%过氧化氢溶液冲洗牙间隙,局部敷以收敛防腐剂,如复方碘液等,1 次/d,2~3 次炎症即可消退。

(2) 4| 远中龋治疗、充填 应在炎症消退后进行,注意避免刺激龈乳头。

【病案 36】

患者,男,33 岁,干部。

主诉 牙龈肿痛 4 d。

现病史 4 d 前无明显诱因开始感牙龈肿胀,疼痛明显,呈持续性跳痛。牙齿发木,咀嚼无力,影响进食。自服"螺旋霉素"片和"甲硝唑"片(药量不详)2 d,病情未见缓解,遂来我院就诊。

既往史 病人以往有慢性龈炎病史。

检查 痛苦病容，全口多数牙唇颊侧牙间乳头红肿，呈半球形隆起，各自独立存在，探之有脓血溢出。$\frac{3|}{|15}$唇腭侧、颊舌侧各有一半球形隆起物存在，探之亦可见脓血溢出。全口牙齿叩痛(+)，$\overline{8|}$近中阻生，舌侧错位。双颌下淋巴结触之肿大。龈上结石Ⅱ度，龈下结石Ⅰ度。

血常规检查 血红蛋白 135 g/L，白细胞计数 17.6×10^9/L，分类为中性粒细胞 0.79、淋巴细胞 0.21。

刚果红负性染色体涂片检查 镜下可见球菌(++++)。

1.初步诊断

(1)急性多发性龈脓肿。

(2)$\overline{|8}$近中舌侧阻生。

2.诊断依据

(1)全口多个牙牙龈泛发脓肿。

(2)脓肿位于龈乳头内，并可同时波及颊舌侧乳头。

(3)$\overline{|8}$近中阻生，舌侧错位。

3.鉴别诊断

(1)牙周脓肿 是牙周支持组织的局限性化脓性炎症，有较深的牙周袋，X 射线片可显示牙槽骨吸收。患者一般无明显的全身症状，可有局部淋巴结肿大，或白细胞轻度增多。牙周脓肿可发生在单个牙齿，少数同时发生在多个牙齿。

(2)急性坏死性溃疡性龈炎 起病急，病程较短。基本损害为牙龈乳头和龈缘坏死呈刀切状或火山口样，上覆白色假膜。有典型的腐败性口臭。全身症状一般较轻，重症者可有低热，局部牙胀痛及被撑开感，有血性唾液，颌下淋巴结肿大。

4.诊疗计划

(1)清创 初步刮除大块牙结石，局部脓肿切开引流，反复冲洗。

(2)药物治疗 运用中西医结合的方法，一方面用抗生素输液治疗(以抗厌氧菌药物为主)；另一方面内服清热泻火剂。

(3)牙周治疗 待急性期过后彻底治疗慢性牙龈炎，以防止复发。

(4)积极检查治疗相关的全身性疾病 对牙龈脓肿泛发且疗效不佳者，应实验室检查血糖及尿糖，以排除糖尿病等全身疾病原因。

【病案 37】

患者，女，30 岁，干部。

现病史 3 d 前突然浑身发冷，咽喉肿痛，继之高热，体温 39.2 ℃，口干，口腔黏膜粗涩味苦，多个龈乳头跳痛剧烈。口服"感冒通"2 片，3 次/d，"APC" 1 片，2 次/d，"先锋霉素Ⅳ" 2 片/次，3 次/d，未见好转。

检查 表情淡漠，体温 39.1 ℃，咽部及扁桃体充血明显，双侧扁桃体Ⅱ度肿大，口腔黏膜充血，唾液黏稠。多数牙龈乳头红肿，并见多个肿大的龈乳头内有颜色灰白的小脓肿。

|34颊舌侧及|45颊侧龈脓肿破溃，有脓液溢出。$\frac{5321|3467}{7632|124567}$有轻度叩痛。6|船面及|6颊沟龋已充填，双侧颌下淋巴结肿大。

X射线片检查　全颌曲面断层片6|船面及|6颊沟龋银汞充填，8|8低位阻生；牙周膜影与牙槽骨未见明显改变。

血常规检查　血红蛋白135 g/L；白细胞计数9.2×10^9/L，分类中性粒细胞0.78。

1.诊断

(1)急性多发性龈脓肿。

(2)急性扁桃体炎。

2.诊断依据

(1)起病急，有前驱病状，如疲倦、发热、感冒等。

(2)多个牙间乳头红肿、疼痛、脓肿形成。

(3)口腔黏膜普遍充血，口臭。

(4)淋巴结肿大，体温升高，白细胞增多。

3.鉴别诊断　本病与临床常见的牙周脓肿的不同点如下：①本病发生在非牙周病患者；②脓肿位于龈乳头内，并可同时波及颊舌侧龈乳头；③全口多个牙泛发；④治愈后牙龈恢复正常，无组织破坏。

4.治疗

(1)全身应用抗生素及支持疗法，止痛。静脉滴注广谱抗生素3～5 d。

(2)中西医结合用药，可用些清热、泻火中成药或草药。

(3)局部清洗、洁治、引流，避免局部过多刺激。

(4)急性症状控制后，进一步牙周局部治疗，彻底控制清除炎症和控制复发。

【病案38】

患者，女，28岁，工人。

主诉　牙龈出血2周余。

现病史　于2周前刷牙和咬水果时牙龈出血，更换牙具，并多吃新鲜水果，龈出血未见好转。

检查　全口牙龈充血，水肿，光亮而松软，缺乏弹性。龈缘变厚，龈乳头圆钝、肥大。牙龈探诊出血，无探触痛，龈沟液增多。牙龈附着正常，点彩消失。

X射线片检查　无牙槽骨吸收破坏。

1.诊断　慢性单纯性龈炎。

2.诊断依据

(1)牙龈颜色鲜红，龈缘变厚，龈乳头圆钝，点彩消失，牙龈质地松软脆弱缺乏弹性。牙龈探诊出血，咬物、刷牙时出血。

(2)无牙周袋，无附着龈丧失、无牙槽骨吸收。

(3)龈沟液量增多。

3.鉴别诊断　临床上须与早期牙周炎区分开来(表1－4)。

4.治疗

(1)口腔卫生宣传教育,采用正确的刷牙方式。

(2)祛除病因,以洁治术彻底清除牙石。3%过氧化氢溶液和生理盐水先后冲洗,再涂擦2%碘甘油。

(3)彻底去除一切造成菌斑滞留和刺激牙龈的因素。口泰溶液漱口,涂2%碘甘油。

(4)口服抗生素和维生素C。

表1-4　牙龈炎与早期牙周炎的鉴别诊断

鉴别要点	牙龈炎	早期牙周炎
牙龈炎症	+	+
牙周袋	假性牙周袋	真性牙周袋
附着丧失	无	有,袋内能探到釉牙骨质界
牙槽骨吸收	无	嵴顶吸收或硬骨板消失
治疗效果	牙周组织恢复正常	病变被控制,但已破坏消失的组织,难以完全恢复正常

【病案39】

患者,女,17岁,学生。

主诉　牙龈发红1年。

现病史　2年前该学生无意发觉牙龈发红、肿胀,有刷牙出血史。无牙齿松动。曾自服"维生素C"片,无效。该学生2年前曾接受正畸治疗,现已结束。今来就诊。

既往史　否认全身疾病史。

检查　$\frac{321|123}{321|123}$唇侧牙间乳头呈球状突起,松软光亮,点彩消失,软垢Ⅱ度,龈上结石Ⅱ度。$\overline{21|12}$附着龈有黑色素沉着,呈黑褐色。

1.诊断

(1)青春期龈炎。

(2)$\overline{21|12}$牙龈色素沉着。

2.诊断依据

(1)发病年龄15岁。

(2)牙间乳头呈球状突起,松软光亮。

(3)$\overline{21|12}$附着龈有色素沉着。

3.鉴别诊断

(1)肥大性龈炎　与青春期龈炎不易区别。

(2)药物性牙龈增生　①癫痫病史及长期服用抗癫痫药苯妥英钠。②增生牙龈呈桑葚状或呈分叶状,质地坚实,一般不易出血,无痛。

4.治疗

(1)口腔卫生宣教。

(2)牙周基础治疗 去除牙石、牙垢。

【病案 40】

患者,女,12 岁,学生。

主诉 牙龈红肿,出血 1 月余。

现病史 1 月前牙龈红肿出血,服"螺旋霉素"片,2 片/次,4 次/d,1 周未见好转,由于期终考试未及时诊治。

检查 下前牙拥挤,$\overline{2|2}$舌侧移位,$\overline{\text{IV}|\text{IV}}$残冠残根位于$\overline{43|34}$之间,$\overline{3|3}$突出于唇侧。菌斑(+),软垢 Ⅲ 度,牙结石 Ⅰ 度。上唇较短,闭口时上前牙暴露,上、下前牙唇侧龈缘及牙间乳头红肿,吮吸及咬物时出血,尤以下前牙处为重。$\overline{\text{IV}|\text{IV}}$根从颊侧龈下暴露于口腔前庭内,局部黏膜红肿、糜烂。牙龈缘肥大、色暗红,龈沟液增多,下前牙龈乳头呈球状突起;牙龈附着位丧失。$\overline{|6}$殆面龋已行充填术。

X 射线片检查 $\overline{8|8}$水平埋伏,$\frac{7|7}{7|7}$未完全萌出,$\overline{\text{IV}|\text{IV}}$残根残冠滞留。$\overline{|6}$有龋。未见牙槽骨嵴顶吸收。

1.诊断

(1)青春期龈炎。

(2)$\overline{\text{IV}|\text{IV}}$滞留。

(3)$\overline{|6}$殆面龋。

(4)$\overline{8|8}$水平埋伏。

2.诊断依据

(1)患者为青春期少年。

(2)牙龈有增生龈炎的临床表现。

(3)牙龈肥大的程度超过局部的刺激程度。

(4)X 射线片显示无牙槽骨吸收。

3.鉴定诊断 本病与慢性肥大性龈炎在临床上并无区别。其诊断要点有:①患者为青春期少年;②牙龈肥大的程度超过局部的刺激程度。

4.治疗

(1)施洁治术彻底消除牙石、菌斑、软垢,行刮治术。

(2)拔除$\overline{\text{IV}|\text{IV}}$。

(3)授以患者正确的刷牙和控制菌斑的方法,建立良好的卫生习惯。

(4)错殆畸形矫正,建立良好的殆关系。

(5)经上述治疗和青春期过后,仍有牙龈外形不良者可行龈切除术。

(6)观察$\overline{8|8}$。

【病案 41】

患者,男,19 岁,学生。

主诉　牙龈肿大半年。

现病史　于半年前不明原因发现牙龈开始肿大，增生。刷牙或咬硬物时牙龈有出血现象。曾在当地医院诊断为“牙龈增生”，予以龈上洁治术和口腔消炎药（药名与用量不详）。病情稍好转，但龈增生较重影响美观，遂前来我院就诊。

既往史　病人1年前患慢性肾炎，有长期服用心痛定药物史。

家族史　父母均健康。家族中无肾炎、癫痫等病史。

检查　全口牙龈肿大增生，以$\frac{4321|1234}{4321|1234}$唇颊侧为重，呈球状相连，覆盖面积超过冠面1/2。牙龈表面呈桑葚状，质地坚实，略有弹性，呈淡粉红色。龈袋加深至3～5 mm，探之有出血现象，龈上结石Ⅰ度，软垢Ⅱ度。殆关系基本正常。

实验室检查　血液血红蛋白120 g/L，白细胞计数7.2×10^9 g/L，分类为中性粒细胞0.65，淋巴细胞0.35。出血时间为1 min，凝血时间为3 min。乙肝表面抗原（－）。

刚果红负性染色涂片检查　龈袋软垢镜下可见杆菌（＋＋），螺旋体（＋＋）。

1.初步诊断　药物增生性龈炎。

2.诊断依据

（1）全口龈肿大增生，以$\frac{4321|1234}{4321|1234}$唇颊侧为重，呈球状相连，覆盖面积超过冠面1/2，牙龈表面呈桑葚状，质地坚实，略有弹性，呈淡粉红色。

（2）患者有慢性肾炎病史，有长期服用心痛定药物史。

3.鉴别诊断

（1）白血病时的牙龈肿大　白血病时牙龈肿大可波及牙间乳头、边缘龈和附着龈。牙龈色暗红发绀，有时亦呈苍白色，表面发亮，中等硬度。外形不规则呈结节状，可盖住部分牙面。龈缘可有坏死和假膜覆盖，状似坏死溃疡性龈炎。牙龈有自动出血现象，不易止住。此外患者还可出现口腔黏膜的坏死、口臭、剧烈的牙痛（白细胞在髓腔内聚积）、局部淋巴结肿大及低热、贫血等症状。及时检查血象有助于确诊白血病。

（2）牙龈纤维瘤病　①有家族史。②牙龈增生除龈缘和龈乳头外，附着龈亦被波及，可直达膜龈联合。③此病增生程度相对较重，增生牙龈常覆盖牙冠2/3以上。①此病偶见炎症细胞。

4.进一步检查　X射线片未见牙槽骨吸收。

5.诊疗计划

（1）停用药物（心痛定或改换其他有类似作用的药物）。

（2）彻底清除菌斑，行龈下刮治术。

（3）药物治疗，局部用洗必泰液含漱或百合口腔宝含漱。

（4）手术切除和修整牙龈外形。

（5）保持口腔卫生，坚持每天彻底地清除牙菌斑，如漱口、刷牙等。

【病案42】

患者，女，27岁，医师。

主诉　左上颌牙龈肿大，出血3个月。

现病史 于3个月前左上颌牙唇侧龈乳头红肿、出血，逐渐加重。经常漱口及大量进食水果和口服"维生素C"片(0.2 g/次，3次/d)，未见好转，妊娠6个月。

检查 为妊娠期妇女，面部有妊娠斑。|34及|45唇颊侧龈乳头红肿，色暗呈鲜红色，有凝血聚集，龈乳头圆钝，质脆无弹性，增生明显，几乎与|45颊尖平齐，增生龈体积为1.5 cm×1.5 cm×1 cm，无蒂，形状不规则。|45轻度松动。下前牙轻度拥挤，龈缘充血，但无明显龈乳头增生，下前牙结石Ⅰ度。舌侧有棕褐色色素沉着。轻度口臭。

1.诊断

(1)妊娠期龈炎。

(2)|34、|45牙间乳头妊娠瘤。

2.诊断依据

(1)有妊娠史，且妊娠3个月时炎症明显加重。

(2)有龈炎的临床表现，龈缘和龈乳头呈鲜红色，质地松软，极易出血，有自行出血，龈缘上有凝血块聚集。

(3)妊娠瘤发生于个别牙的牙间乳头，生长快，鲜红、松软，易出血。

3.治疗

(1)使用软毛牙刷刷牙，并及时更换牙刷。用含漱剂漱口，保持口腔卫生。

(2)彻底洁治术，控制菌斑。

(3)肿大的龈乳头(妊娠瘤)处用1%～3%过氧化氢溶液冲洗，并敷以收敛剂，待分娩2个月后，若妊娠瘤不消退可行切除术。

【病案43】

患者，男，48岁，干部。

主诉 牙龈肿大半年多。

现病史 半年前牙龈开始增大，在当地医院就诊，清牙石后并未见龈乳头缩小，反而增大更为明显。2年前因车祸致头颅外伤，出院1月后口吐白沫摔倒在家中，当地医院诊断为"羊羔风"。口服"苯妥英钠"，在调整剂量后"羊羔风"发作得以控制。但近半年牙龈增生明显，有碍进食，以求诊治。

检查 全口牙龈，尤其是上、下前牙龈乳头呈桑葚状增生，唇颊侧明显。增生的龈乳头相连盖住大部分牙面，质地坚实，略有弹性，呈淡粉红色，探诊无出血，无痛，无附着丧失，大量菌斑堆积。|1近中角折断。增生的牙龈使2|2远中舌侧移位。

病理检查 病理切片显示增生的龈组织内上皮棘层显著增厚，钉突伸入结缔组织深部，结缔组织内有致密的胶原纤维素，成纤维细胞和新生血管均增多，有少量炎症细胞浸润。

X射线片检查 未见牙槽骨及牙周膜改变。

1.诊断 药物性牙龈增生。

2.诊断依据

(1)患有癫痫病，并服用苯妥英钠2年。

(2)牙龈增生始于牙间乳头，表面是桑葚状，质地坚硬，略有弹性，牙龈色泽为淡红色。

(3)有轻度牙龈炎的临床表现，但增大的龈乳头无出血及疼痛。

3.鉴别诊断　与单纯性龈肥大相比,有两个显著特征。

(1)有服用特殊药物(苯妥英钠或硝苯吡啶或环胞素 A)史。

(2)|1 牙冠折断,可提高癫痫发作史。

4.治疗

(1)尽可能停用苯妥英钠或改换其他抗癫痫药。

(2)控制菌斑,进行洁治、刮治。

(3)口腔卫生宣教。

(4)切除增生牙龈。

【病案 44】

患者,男,13 岁,学生。

主诉　牙龈进行性增大 6 年。

现病史　6 年前恒牙相继萌出后,牙龈开始增大,进行性加重,影响咬物咀嚼,增大的牙龈不出血,无触痛。

家族史　父母均体健,未见有该病史,姑母有同样病史,兄妹二人,妹妹目前尚未见有该症状。

检查　颜面对称。2|2 远中移位,舌侧旋转;3| 尚未萌出,牙龈增大明显,覆盖大部分牙冠。增大的牙龈颜色正常,质地坚实,表面光滑,并有部分呈结节状,点彩明显,不易出血,无触痛。

1.诊断　遗传性牙龈纤维瘤病。

2.诊断依据

(1)典型的临床表现　牙龈明显增生,表面光滑或呈结节状,质地坚实,不易出血,无痛。

(2)有该病阳性家族史。

3.鉴别诊断

(1)药物性增生　①有服药史而无家族史;②主要累及牙间乳头及龈缘,但少数重症者波及附着龈;③药物增生程度较轻,增生牙龈一般覆盖冠 1/3 左右,但牙龈纤维瘤病则覆盖牙冠 2/3 以上;④药物性增生者伴有慢性龈炎较多。

(2)增生性龈炎　①常伴有炎症,主要侵犯前牙的牙间乳头和龈缘;②增生的程度不太重,覆盖牙冠不超过 1/3;③一般有明显的刺激因素,无长期服药史及家族史。

4.治疗

(1)手术切除增生的牙龈,以恢复功能和外观。

(2)加强口腔卫生保持,防止复发。

【病案 45】

患者,男,6 岁,学生。

主诉　牙龈过度生长 3 年,加重 1 年。

现病史　患儿于 3 岁时无明显诱因全口龈缘轻度增生,且随年龄增大逐渐加重,近 1 年增生明显,影响美观和讲话,故来我科就诊。患儿系足月顺产,平素身体健康。

家族史　其母也因牙龈弥漫性增生于9年前在本院行牙龈修整术。病理检查为鳞状上皮覆盖下的致密纤维组织。

检查　增生的牙龈颜色正常，点彩明显，表面光滑，呈结节状，触之无痛，不出血。增生的牙龈将牙齿完全包埋，呈球形向唇外突出。上下唇不能闭合，影响咀嚼。

1.诊断　遗传性牙龈纤维瘤病。

2.诊断依据

(1)典型的临床表现　明显增生的牙龈将牙齿包埋，并呈球形向唇外突出。

(2)阳性家族史　其母曾患牙龈弥漫性增生。

3.鉴别诊断

(1)药物性增生　①有服药史而无家族史。②主要累及牙间乳头和龈缘，仅少数重症者波及附着龈。③药物性增生程度相对较轻，增生牙龈一般覆盖牙冠1/3左右。④伴发慢性龈炎较多。

(2)增生性龈炎　①无长期服药史和家族史。②一般伴有炎症，主要侵犯前牙的牙间乳头和龈缘。③增生程度不太重，覆盖牙冠一般不超过1/3。

4.治疗　全身麻醉下行牙龈切除整形术。

5.进一步检查　病理检查见鳞状上皮覆盖下的致密纤维组织，上皮增厚，钉突增长。

【病案46】

患者，男，9岁，学生。

主诉　牙龈过度生长5年。

现病史　患者从4岁起前部牙龈边缘有轻度增生。6岁时增生明显，范围更加广泛且日益加重，致使牙齿大部被牙龈包埋，饮食、语言均感不便。患儿出生6个月后身上汗毛也较明显，并逐渐增多。

既往史　患儿为足月顺产，平素身体尚好，只在1岁左右感冒发热后常伴发抽搐，从2岁后抽搐自行停止，未再复发。

家族史　父母健康，有一妹5岁，无类似疾病，家族中无急慢性传染病及遗传病。

检查　身高1.20 m，体重20 kg。发育营养稍差，智力较迟钝。眼、耳、头部无畸形，双颌下淋巴结肿大，约1.5 cm×2 cm，活动，无压痛。心肺功能正常，肝脾不大，脊柱四肢无畸形。全身汗毛较多且细长，以前额、前臂、耳前及躯干部尤明显，眉毛粗重。口腔颌面部上、下唇前突。上、下颌颊舌侧牙龈呈弥漫性过度增生，尤以上前牙明显，突出口外如球形，口不能闭合。整个牙列大部分被牙龈包绕。乳前牙仅见一点切缘。看不到上恒前牙，$\frac{6\text{V}\text{IV}|\text{IV}\text{V}6}{6\text{V}\text{IV}|\text{IV}\text{V}6}$仅露出1/4牙冠。整个龈坚韧，肥厚，淡粉色，不易出血，表面光滑略呈结节状，增生龈与牙槽部黏膜界限清楚。

X射线片检查　$\frac{21|12}{21|12}$包埋在增生的牙龈中，其他恒牙胚数目正常，均在骨内未萌出。

实验室检查　肝、肾功能及血尿化验均正常。

1.诊断　龈纤维瘤病——多毛综合征。

2.诊断依据

(1)全身汗毛多且细长,眉毛粗重。

(2)上下颌颊舌侧牙龈呈弥漫性过度增生,突出口外呈球形,影响咀嚼。

3.鉴别诊断　与药物性牙龈增生及增生性龈炎的鉴别诊断见病案45。

4.治疗　行$\frac{\text{IV III II I | I II III IV}}{\text{IV III II I | I II III IV}}$区牙龈切除整形术,连同其中包埋的$\frac{\text{II I | I II}}{\text{II I | I II}}$同时摘除,并暴露出恒牙$\frac{21|12}{21|12}$。

5.进一步检查　病理检查见牙龈上皮增厚,钉突增长深入结缔组织内,牙龈结缔组织体积增大,充满粗大的胶原纤维束及大量成纤维细胞。

【病案47】

患者,男,39岁,机关干部。

主诉　双侧上颌后牙咬合无力、咬合痛,进行性加重2周。

现病史　4年前,两侧上后牙间常有食物嵌塞,刷牙、进食时出血,近一两年来牙龈出血减轻,但食物嵌塞程度加重。近2周两侧上后牙咬合无力,咬合痛进行性加重,并有牙齿松动感。

检查　口臭,除$\underline{7|7}$颊向倾斜外,其余牙排列整齐。$\underline{76|67}$颊侧牙结石Ⅱ度,去除$\underline{76|67}$间嵌塞的食物残渣,牙间乳头出血。上下前牙唇侧少量龈下结石,上下颌牙舌侧面大量黑褐色烟茶渍。$\overline{8|8}$近中阻生,$\overline{6|}$远中邻殆龋已行银汞充填。$\overline{|5}$残冠。$\underline{76|}$及$\underline{|67}$间有食物嵌塞,龈乳头萎缩。$\underline{6|}$牙周袋深6 mm,附着丧失4 mm,有轻度松动。$\underline{7|}$牙周袋深4 mm,附着丧失2 mm,牙齿不松动。$\underline{|6}$牙周袋深7 mm,附着丧失6 mm,牙齿明显松动,牙周袋内有脓液溢出;$\underline{|67}$牙间乳头退缩。$\underline{|7}$牙周袋深3.5 mm,附着丧失2 mm,不松动。

X射线片检查　翼殆片显示$\underline{76|67}$牙槽骨水平吸收、$\underline{7|7}$牙槽骨丧失小于1/3根长,$\underline{6|}$牙槽骨丧失约1/2根长,$\underline{|6}$牙槽骨水平吸收,丧失1/2根长余,并颊根分叉处有小透射区。$\overline{6|}$龋已治疗。$\overline{|5}$残冠。$\overline{8|8}$近中阻生。

1.诊断　(成人)单纯性牙周炎。

2.诊断依据

(1)患者为成年人,进程缓慢,菌斑与牙石及食物嵌塞等局部刺激与牙周组织破坏的严重程度一致。

(2)去除牙间嵌塞的食物,龈组织出血,并有龈退缩。

(3)附着丧失,牙周袋形成,$\underline{|6}$牙周袋溢脓。

(4)牙槽骨水平吸收。

(5)咬合无力,进食后因食物嵌塞而钝痛。

(6)口臭。

3.鉴别诊断　中度以上的牙周炎的诊断并不困难,早期牙周炎与牙龈炎的区别不甚明显,应加以鉴别。

(1)牙龈炎　①无牙周袋或有假性牙周袋;②无附着丧失;③无牙槽骨吸收;④牙龈炎症类似成人牙周炎,但一般较轻;⑤治疗效果好,病变可逆,组织可恢复至正常形态。

(2)青少年牙周炎　①发生于年轻人;②牙周破坏程度与局部刺激物的量不一致;③主

要致病菌为伴放线放线杆菌;④典型的好发部位为第一恒磨牙和上下切牙,而尖牙和前磨牙区很少受累;⑤早期出现牙齿松动和移位;⑥家族中常有多人患本病。

4.治疗原则

(1)局部治疗 ①教会患者控制菌斑的方法;②彻底消除牙石,平整根面,进行洁治和刮治;③必要时牙周袋及根面进行药物处理;④经上述治疗后,仍有较深的牙周袋和根面牙石不易清除,则进行牙周手术;⑤固定|6。

(2)全身治疗 在局部治疗同时,辅以口服药物甲硝唑片0.2 g,3次/d,或替硝唑0.5 g,2次/d,连服1周。

【病案48】

患者,男,45岁,农民。

主诉 牙齿松动,进行性加重2年。

现病史 2年前,下前牙开始松动,并进行性加重。5年前,|67因龋坏致残根,拔除后并在当地做活动义齿修复。

检查 上前牙前突,深覆盖。口腔卫生差,口臭,牙齿软垢菌斑普遍存在。牙龈颜色暗红,龈缘圆钝,易出血。下前牙舌侧结石Ⅲ度,松动明显,牙周袋深度均大于6 mm,附着丧失5 mm。$\dfrac{\quad|67}{7|\quad}$ 缺失。|67以|58为基牙做可摘局部义齿修复,|58松动;|5颊侧龈裂4 mm,牙周袋深6 mm,附着丧失3 mm。

X射线片检查 上下颌曲面断层显示,牙槽骨呈垂直型吸收。牙槽嵴顶、牙周膜间隙呈楔形增宽,多处硬骨板中断;牙槽骨丧失根长1/2余;$\dfrac{\quad|67}{7|\quad}$ 缺失。

1.诊断 成人复合型牙周炎。

2.诊断依据

(1)具有成人单纯性牙周炎临床表现:牙周袋形成,牙龈炎症,牙槽骨吸收,牙齿松动。

(2)有明显殆创伤,前牙深覆盖致下前牙咬合创伤。

(3)牙槽骨垂直吸收,深而窄的牙周袋,牙槽嵴顶处的牙周膜间隙呈楔形增宽,硬骨板中断,龈裂,牙齿松动程度超过牙槽骨吸收程度。

3.治疗

(1)局部治疗

1)改善口腔卫生环境,要求该患者常刷牙,并正确刷牙,控制菌斑。

2)彻底清除牙石,平整根面。

3)必要时行牙周手术。

4)固定松动牙。

(2)全身治疗

1)含漱剂漱口,4次/d,含漱。

2)必要时服甲硝唑0.2 g,3次/d或替唑硝0.5 g,2次/d。

3)建立平衡殆,调殆。

4)重新修复|67,由单纯牙支持式变为牙齿黏膜混合支持式活动义齿。

【病案 49】

患者，男，52 岁，高级教师。

主诉　后牙松动、咀嚼无力发现 1 年。

现病史　1 年前患者发觉后牙松动、咀嚼无力。近几十年来，刷牙经常出血，有时严重时就停止刷牙，牙龈时有红肿现象。近年来有牙龈退缩现象，伴有食物嵌塞。曾多次自服消炎药和维生素类药，效果自觉满意，未曾到医院治疗。

既往史　无特殊病史。

检查　全口龈呈暗红色。$\frac{21|12}{321|123}$、$\underline{76|67}$ 区龈乳头和边缘龈松软而光亮，探之易出血。龈上结石 Ⅲ 度，龈下结石 Ⅱ 度，软垢 Ⅱ 度，色素沉着。$\overline{321|123}$ 牙周袋 4 mm 左右，袋内有脓溢出。$\frac{76|67}{76|67}$ 牙周袋 3～5 mm，$\frac{6|6}{1|1}$ 松动 Ⅱ 度，$\frac{7|7}{76|67}$ 松动 Ⅰ 度，$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$ 龈退缩 2～4 mm，附着丧失 5 mm 左右，$\frac{6|}{6|}$ 有早接触。$\overline{8|}$ 近中倾斜阻生。$\overline{7|}$ 远中面探诊(＋)，冷水反应(－)。

口腔曲面断层 X 射线片　上下颌牙槽骨呈水平型吸收。$\overline{321|123}$ 牙槽骨吸收至根上 1/3。$\frac{76|67}{76|67}$ 牙槽骨吸收至根中 1/3，$\overline{6|6}$ 根分叉牙槽骨密度影降低。

1. 诊断

(1)复合型成人牙周炎。

(2)$\overline{8|}$ 阻生，$\overline{7|}$ 浅龋。

2. 诊断依据

(1)患者年龄及病史。

(2)出现牙周袋形成、牙龈炎症、牙槽骨吸收和牙齿松动等。

(3)X 射线片上下颌牙槽骨呈水平型吸收。

3. 鉴别诊断　与牙龈炎及青少年牙周炎的鉴别诊断见病案 47。

4. 治疗

(1)口腔卫生宣传教育。

(2)抗生素治疗。

(3)彻底清除牙石，平整根面。

(4)$\frac{76|67}{76|67}$ 牙周翻瓣术，$\overline{321|123}$ 牙周翻瓣术。

(5)$\frac{6|}{6|}$ 调磨，清除早接触点。

(6)$\overline{321|123}$ 松动牙固定术。

(7)$\overline{8|}$ 择机拔除，$\overline{7|}$ 龋坏充填。

(8)定期牙周复查，进行维护治疗。

【病案 50】

患者，女，35岁，教师。

主诉　牙床红肿不适伴牙齿松动2年，加重2月。

现病史　2年前无明显原因牙床红肿不适，时轻时重。下前牙最先有松动感，随即波及全口牙均有不同程度松动。刷牙有时出血非常明显，无其他刺激痛。近2个月，自觉症状加重，有严重口臭。曾在1个月前，在某院做“全口洗牙”，效果欠佳。自服消炎药（具体不详），2周后略好转。

既往史　慢性肾炎史。

检查　全口牙龈不同程度红肿，探之易出血，龈上结石Ⅱ度，龈下结石Ⅰ度。$\underline{6|}$缺失，$\dfrac{71|167}{761|167}$龈退缩2~4 mm，牙周袋4~6 mm，附着丧失6~8 mm，牙周袋溢脓。$\dfrac{5432|2345}{5432|2345}$龈退缩1~2 mm，牙周袋3~5 mm，附着丧失3~5 mm。$\dfrac{|6}{61|16}$松动Ⅱ度，$\dfrac{74|4}{42|5}$松动Ⅰ度。$\dfrac{|6}{|6}$颊侧根分叉暴露，探针水平探入3~4 mm，均未贯通舌侧。$\underline{|6}$冷刺激反应（+），$\dfrac{1|1}{1|1}$早接触。

龈下菌斑刚果红负性染色检查　螺旋体35%，长杆菌40%，梭形杆菌20%。

口腔曲面断层X射线片　上下颌牙槽骨呈广泛性吸收。$\dfrac{71|167}{761|167}$牙槽骨角形吸收至根中1/3，$\dfrac{7|67}{76|6}$根分叉处密度影降低。其余牙槽骨水平吸收至根中1/3~根上1/3。牙槽嵴顶模糊，呈吸收活动期。

1.诊断　快速进展性牙周炎。

2.诊断依据

(1)患者发病年龄35岁，发病过程2年。

(2)病损呈弥漫型，累及大多数牙。

(3)有严重及快速的骨破坏。

(4)伴有慢性肾炎史。

(5)不能归属其他类型牙周炎。

3.鉴别诊断

(1)成人牙周炎　①35岁以后患病率明显增高，且随着年龄增长，其严重程度增加。②磨牙区和前牙区为菌斑、牙石易堆积区，较易患病。③病程出现活动期和静止期交替进行，其静止期大于活动期。④早期无明显症状，就诊率低。⑤牙槽骨吸收以水平型为主。

(2)青少年牙周炎　见病案47。

4.治疗

(1)彻底的局部治疗　包括洁治、根面平整、牙周翻瓣术。

(2)抗菌治疗　给予螺旋霉素片和甲硝唑片口服，连服2周。

(3)支持治疗　给予补肾固齿丸，维生素C片。

【病案51】

患者，女，31岁，工人。

主诉　反复牙龈出血，牙齿轻微松动十几年，加重1个月。

现病史　于十几年前，曾有牙龈出血、个别牙齿松动症状，诊断为"青少年牙周炎"，经治疗后病情趋于稳定。近月余，因家庭不和、心情抑郁，而饮食较差，体重下降，自感疲劳无力，全口牙龈充血肿胀，刷牙时出血多，多数牙齿松动明显，在家人陪同下来就诊。

检查　表情冷淡，面容消瘦，憔悴，反应迟钝。口臭，全口牙龈充血肿胀、边缘圆钝，并伴有桑葚状增生、质脆，探诊易出血，呈暗红色。有少量牙结石与菌斑。多数牙牙周袋深近6 mm，附着丧失多，多数牙齿明显松动。|6 缺失。7| 残根。

X射线片检查　牙槽骨严重广泛吸收，硬骨板消失，骨小梁模糊。

1.诊断　快速进展性牙周炎。

2.诊断依据

(1)患者年龄为31岁女性。

(2)病变广泛，波及牙数目多。

(3)有"青少年牙周炎"病史。

(4)牙槽骨吸收破坏严重且迅速，并有急性牙龈组织炎症表现。

(5)有全身表现：情绪低落、抑郁、体重下降、倦怠乏力。

3.进一步检查　免疫学检查：嗜中性粒细胞及单核细胞功能异常(低下)。血清中有高滴度的抗牙龈类杆菌和抗伴放线放线杆菌的特异抗体IgG。

4.治疗原则

(1)局部治疗

1)加强卫生指导，教会患者控制菌斑方法。

2)施彻底清治、刮治术，为新附着创造条件，深牙周袋内局部放抗菌药物。

3)必要时行牙周手术。

4)固定松动牙，修复缺失牙。

(2)全身治疗

1)抗菌治疗。口服甲硝唑或螺旋霉素、红霉素、四环素等，连服1～2周。

2)支持治疗。维生素C，牙周康或牙周宁或固齿丸内服。

3)帮助患者树立信心，振作精神，配合治疗，并保持维护期的复查与治疗。

【病案52】

患者，男，5岁。

主诉　发烧、咳嗽伴牙床出血、牙齿松动、咬合痛2周。

现病史　1个月前，咬食物时牙龈出血，进食时牙齿及牙龈疼痛，牙齿轻度松动，未引起重视。两周前以"发烧咽喉肿痛"为主诉就诊于小儿科，诊断为"急性扁桃体炎"，经治疗于2 d前症状减轻，但牙齿松动及咬合痛加剧。

检查　全口乳牙牙龈红肿，色暗红，边缘圆钝，探诊易出血。牙周袋深达3～6 mm，附着丧失2～5 mm，多数牙齿松动Ⅰ度，ⅢⅣ 处牙龈退缩并有龈裂深3 mm，|Ⅰ 已脱落。咽腔充血，扁桃体肿大Ⅰ度。

X射线片检查　乳牙牙槽骨吸收明显。

1.诊断

(1)青春前期牙周炎(弥漫型)。

(2)上呼吸道感染。

2.诊断依据

(1)患儿为5岁的学龄前儿童。

(2)病变广泛累及全口乳牙

(3)有明显的牙龈重度炎症,并有龈退缩和龈裂。

(4)牙槽吸收破坏迅速,多数牙有松动,$\overline{|1}$已脱落。

(5)有上呼吸道感染病史。

3.进一步检查 免疫学检查:外周血中的嗜中性粒细胞和单核细胞的免疫功能异常(低下)。

4.治疗

(1)让家长协助及督促患儿用软毛牙刷刷牙,尽量控制口腔菌斑。

(2)配合抗生素治疗

(3)彻底的牙周局部治疗。

(4)定期复查,做较长时间随访。

【病案53】

患者,女,18岁,农民。

主诉 上下前牙及第一磨牙咬合无力、松动,进行性加重3个月。

现病史 于3个月前上下前牙及第一磨牙咬合不适,轻微松动,在当地医院就诊,给予含漱剂及口服"甲硝唑"片0.2 g,3次/d,以及"维生素C"片0.2 g,3次/d,连用药1周,未见好转。近十余天,咬合无力及牙齿松动更为明显。

家族史 祖父母及父亲均无该病史,母亲及二姨曾患该病,母亲现为全口义齿,一兄一妹均未见该症状。

检查 牙列紊乱,上切牙呈扇形排列,牙齿的菌斑、牙石不多,牙龈颜色淡红,无明显炎症。$\frac{21|12}{21|12}$及$\frac{6|6}{6|6}$均松动,但以$\underline{21|12}$及$\frac{6|6}{6|6}$松动明显,在Ⅱ度以上,牙周袋达6 mm以上,附着丧失5 mm以上,$\overline{21|12}$牙周袋深为6 mm,附着丧失3 mm左右。

X射线片检查 $\frac{6|6}{6|6}$的近远中均见牙槽骨垂直吸收,呈"弧型吸收",切牙区牙槽骨水平吸收明显。牙周膜间隙增宽,硬骨板模糊,骨小梁疏松。

1.诊断 青少年牙周炎(局限型)。

2.诊断依据

(1)患者为青春期女性。

(2)牙周组织破坏程度与局部刺激物的量不成比例,菌斑、牙石少而牙周袋深,牙齿松动明显。

(3)发生的牙位为第一磨牙及上下切牙。牙齿松动,上前牙呈扇形排列。

(4)X射线片显示,第一磨牙近远中垂直性牙槽骨吸收(呈弧型)。切牙为水平型骨吸收。

(5)病程进度快，牙周附着受损重。

(6)有家族史，母系遗传。

3.进一步检查

(1)细菌学检查　查龈下菌斑中伴放线放线杆菌及嗜二氧化碳纤维菌的比例增大。

(2)遗传学检查及免疫学检查　循环系统血中性多形核白细胞趋化功能异常(低下)。

4.治疗

(1)及时彻底的基础治疗(洁治、刮治、根面平整)及口腔卫生指导。

(2)配合全身治疗。口服四环素 0.25 g,4 次/d 或螺旋霉素 0.2 g,4 次/d,连服 1 周。

(3)炎症控制后，用正畸方法将移位的前牙复位。

(4)必要时进行手术治疗。

(5)加强维护期定期复查。

【病案 54】

患者，女，16 岁，学生。

主诉　双侧后牙咀嚼无力 3 个月。

现病史　3 个月前该学生发觉牙齿酸困，双侧后牙咀嚼无力，粗纤维类食物不易嚼烂。未曾治疗。今日来诊。

既往史　否认全身疾病史。

家族史　患者母亲部分牙齿脱落，义齿修复。

检查　口腔卫生状况良好，全口龈无红肿出血。$\frac{6|6}{61|16}$ 牙周袋深 4 ~ 6 mm，附着丧失 3 ~ 4 mm，松动 Ⅰ 度。余牙无明显附着丧失。

X 射线片检查　口腔全颌曲面断层片显示双侧下第一磨牙牙槽骨呈弧型吸收至根长的 1/2，双侧上第一磨牙及下切牙牙槽骨吸收根长的 1/3。

1.诊断　青少年牙周炎。

2.诊断依据

(1)发病年龄 16 岁。

(2)双侧第一磨牙和下切牙出现牙周袋，并有不同程度的牙槽骨吸收。

3.鉴别诊断　快速进展性牙周炎：①发病年龄在青春期至 35 岁之间；②病损呈弥漫型，累及大多数牙；③牙周病变存在活动期和静止期；④个别病案有青少年牙周炎病史；⑤可伴有全身疾病史。

4.进一步检查　龈下菌斑的细菌学检查。

5.治疗要点

(1)牙周基础治疗。

(2)$\frac{6|6}{61|16}$ 牙周翻瓣术，彻底平整根面。

(3)牙周维护治疗，定期复查。

(4)全身抗菌疗法，首选盐酸四环素胶囊。

【病案 55】

患者，女，3 岁 1 个月。

主诉(母亲代诉) 患儿手掌、足底、膝、肘部皮肤厚硬、干裂，牙齿松动 2 个月。

现病史 2 个月前偶然发现患儿足底、手掌皮肤厚而硬，并有皲裂，给以皮肤滋润霜抹擦，每日数次，未见好转。继之患儿膝、肘部皮肤也有同样病损，并有大块鳞屑脱落、皲裂加重。同时患儿不愿进食耐咀嚼的食物，牙齿松动，牙龈红肿，易出血。

检查 患儿发育正常，营养中等，手掌、足底、膝、肘部皮肤厚而硬，并有鳞屑和皲裂、多汗，有臭汗味。患儿牙齿排列不齐，全口牙齿均有不同程度地松动，牙龈颜色暗红、龈缘圆钝、龈乳头变大、质脆；探诊见牙周袋深，波及乳牙的多个根面。

X 射线片检查 患儿乳牙牙根细而尖，牙骨质吸收，牙槽骨吸收明显。

1. 诊断 掌跖角化－牙周破坏综合征。

2. 诊断依据

(1)患儿年龄为 3 岁 1 个月。

(2)皮肤和牙周病损一起出现。

(3)皮肤病损为手掌、足底、膝部及肘部迅速角化及鳞屑，皲裂。

(4)牙周的重度炎症，牙周袋深而广泛，牙槽骨迅速吸收，牙齿松动明显。

3. 进一步检查

(1)遗传学检查 本病为遗传性疾病，属于常染体隐性遗传。

(2)免疫学检查 患者中性粒细胞趋化功能异常(低下)。

4. 口腔科对牙周破坏的治疗原则

(1)重复多疗程口服抗菌素治疗。

(2)进行彻底地局部牙周治疗。

(3)保持良好的口腔卫生。

(4)拔除严重的患牙，必要时拔除患儿全口乳牙，并在第一恒磨牙萌出时再服用 10～14 d抗菌素，防止恒牙发生牙周破坏。

【病案 56】

患者，男，7 岁。

主诉(母亲代诉) 严重口臭 2 周。

现病史 半年来患儿经常口水带血，有口臭。近日口臭加重，家人难以忍受，并见其牙齿松动、$\overline{1|1}$脱落。

检查 患儿发育迟缓，反应迟钝，智力低下。面部扁平，眼距增宽，鼻梁低宽，颈部短粗。上颌短小，牙间隙较大，上唇附着位置高。口内有严重腐臭味，并殆畸形。牙菌斑、牙石量不大。全口牙齿龈组织色暗红，质脆，部分龈组织坏死，牙齿均有深牙周袋，下前牙最重，多个牙齿有不同程度松动。$\overline{1|1}$脱落。

1. 诊断 Down 综合征。

2. 诊断依据

(1)典型的面部特征。

(2)口腔内牙周破坏表现。

3.口腔治疗

(1)在家长的帮助、督促下，保持口腔卫生，用软毛牙刷刷牙，给含漱剂漱口。

(2)口服抗菌素 10~14 d。

(3)在家长的配合下行彻底牙周洁治，并在牙周袋及龈袋内置去腐生肌药

【病案 57】

患者，男，43 岁，干部。

主诉　刷牙咬物时牙齿出血 6 年，咬合无力半年。

现病史　6 年来，刷牙或咬物时常有牙龈出血，时重时轻。近半年来，牙龈出血加重，咬合无力，并有数个牙齿松动。

既往史　8 年前被诊断为“糖尿病”，由于血糖控制不好，近日住院采用注射胰岛素，以求更好控制血糖。

检查　患者面容消瘦。有口臭，牙龈充血、肿胀、质地松软易出血，有附着丧失，牙周袋深，$\frac{1|1}{21|12}$及$\overline{6|6}$松动，$\underline{1|1}$向远中和唇侧移位。

X 射线片检查　牙槽骨吸收，尤以切牙和下颌第一磨牙为重，既有水平吸收也有垂直吸收

1.诊断　糖尿病型牙周炎。

2.诊断依据

(1)典型牙周炎临床表现　①重度牙龈炎；②附着丧失，牙周袋形成；③牙槽骨吸收；④咀嚼无力，牙齿松动。

(2)已确诊为“糖尿病”8 年。

3.治疗原则

(1)详细了解患者血糖变化情况及病情是否已被控制，病情未被控制的患者不可轻易进行复杂的牙周治疗。

(2)糖尿病控制后或在内科医师合作下方可行复杂的牙周治疗，同时应选择适当的时间(早餐后)和用含适量肾上腺素的局部麻醉药。

(3)定期复查，认真控制菌斑。

【病案 58】

患者，男，68 岁，退休干部。

主诉　右上颌牙床肿痛、牙齿咬合痛 2 周。

现病史　2 周前患感冒，随后出现右上颌第一磨牙咬合痛，疼痛剧烈，不敢咀嚼，颊侧牙床肿大。口服“甲硝唑”片 0.2 g，3 次/d，“螺旋霉素”片 0.2 g，4 次/d，2 周，肿大及疼痛等症均有减轻。20 年前牙齿经常咬物和刷牙时出血，近几年牙龈出血有所减轻，但有口臭、牙齿轻微松动。

检查　颜面对称。上牙牙列整齐，下前牙轻度拥挤。下前牙舌侧、下前牙唇侧及上磨牙

颊侧有结石II～III度。全口牙龈缘轻度肿胀颜色暗红，探诊多数有深浅不一的牙周袋。下前牙轻度松动。$\underline{6|}$ 及 $\overline{|6}$ 龋已充填。$\underline{6|}$ 颊侧牙床红肿，远中有瘘管，探针按压瘘道口周围，管口有脓液溢出，牙床有触压痛。$\underline{6|}$ 颊沟粉面复面龋已做银汞充填，叩痛（＋＋），轻度松动，对冷热测验、电活力测验均不敏感，牙龈红肿，牙周袋深 5 mm，附着丧失 3 mm

X 射线片检查　$\underline{6|}$ 深龋及 $\overline{|6}$ 中龋已做银汞充填，$\underline{6|}$ 远中根牙槽骨的吸收从根尖区向牙槽嵴顶处逐渐变窄呈"烧瓶形"，牙槽骨吸收近根长 1/2；下前牙牙槽骨吸收近根长的 1/2，其余牙均有牙槽骨吸收，但牙槽骨丧失在根长 1/3 内。

1. 诊断

(1) $\underline{6|}$ 牙周－牙髓联合病变。

(2)慢性成人牙周炎

(3) $\frac{6|}{|6}$ 龋病。

2. 诊断依据

(1)慢性牙周炎病史，龈出血，深浅不一的牙周袋，牙槽骨吸收。

(2) $\underline{6|}$ 龋病引起牙髓病，引起根尖周脓肿，形成龈瘘，并有脓液溢出，有咬合痛，叩痛（＋＋），牙槽骨呈"烧瓶形"吸收，II 度松动，牙周袋较深。

3. 治疗原则

(1) $\underline{6|}$ 行彻底根管治疗及牙周洁治、刮治术。

(2)全口牙牙周洁治。

(3)加强口腔卫生的指导，控制菌斑。

(4)定期复查。

(5)口服抗生素。

【病案 59】

患者，女，40 岁，教师。

主诉　刷牙时牙龈出血十余年，双侧下颌磨牙咬合无力半年。

现病史　十余年前开始出现刷牙和咬物时牙龈出血，有时有自动出血现象；偶尔口服"甲硝唑"片、"牙周宁"片及"维生素 C"片，出血有好转，但反复发作，有时无明显诱因，多次出现咬合不适，尤以 $\overline{|6}$ 明显。近半年来双侧下颌后牙咬合无力，并有轻度松动。

检查　颜面对称，五官端正，牙列尚整齐，$\frac{7|}{|7}$ 缺失，全口牙龈红肿，色暗红，易出血，牙周探诊多数牙有深浅不一的牙周袋和附着丧失。个别牙有轻度松动，下牙舌侧有少量牙结石、菌斑。$\overline{|6}$ 近 II 度松动，颊舌侧牙周袋深 6 mm，附着丧失 5 mm，近远中牙周袋深 4 mm，附着丧失 2 mm，探针从颊侧水平探入深度超过 $\overline{|6}$ 颊舌径 1/2，不能与对侧相通。

X 射线片检查　$\frac{7|}{|7}$ 缺失，除 $\overline{|6}$ 外，牙槽骨有轻度吸收，吸收均少于根长 1/3，$\overline{|6}$ 牙槽骨丧失近 1/2 根长，根分叉区牙周膜影增宽，骨密度降低

1. 诊断

(1)全口轻度牙周炎。

(2)6|牙周炎Ⅱ度伴根分叉区晚期Ⅱ度病变

2.诊断依据

(1)全口牙龈炎症,有深浅不一的牙周袋,附着丧失≤2 mm,牙槽骨丧失<1/3根长

(2)6|牙周袋深6 mm,附着丧失4 mm,牙槽骨丧失近1/2根长,牙齿松动,根分叉区水平探入深度大于其颊舌径的1/2,但不能与对侧相通,根分叉区牙周膜影增宽,骨质密度降低。

3.治疗

(1)口腔卫生指导,教会患者控制菌斑的方法

(2)龈上施洁治术,龈下刮治,彻底清除龈上、龈下结石,并为新附着创造条件

(3)6|根分叉的病变,施根向复位瓣术,使根分叉区暴露,有利于该处菌斑的清除,促使根分叉处新骨形成,必要时也可同时做骨成形术

【病案60】

患者,62岁,退休干部。

主诉 左下颌后牙疼痛剧烈,不敢咬合2 d

现病史 2 d前无明显诱因突然左下颌后牙剧烈痛,自感患牙伸长,不敢对𬌗。5年前患有"牙周炎",756|及|67松动而拔除。1年前做过牙结石清除术。

检查 765|及|67缺失,活动义齿修复。余留牙牙龈红肿,探诊出血,有深浅不一的牙周袋及附着丧失。|6舌侧有直径为1.5 cm半球状的肿胀突起,触压痛明显,质硬,牙龈发红、水肿,表面光亮,有"浮出感",咬合痛剧烈,叩痛(++),明显松动。|6牙周袋深达6 mm,附着丧失3 mm。

X射线片检查 765|及|67缺失,余留牙牙槽骨丧失近根长的1/2,|6牙槽骨丧失1/2根长

1.诊断

(1)|6急性牙周脓肿。

(2)牙周炎Ⅱ度。

2.诊断依据

(1)突发|6舌侧龈上1.5 cm半球状的肿胀突起,色红水肿,表面光亮。

(2)|6牙伸长,有"浮出感",叩痛(++),不敢对𬌗,牙齿松动。

(3)|6有深牙周袋,附着丧失多,牙槽骨吸收1/2根长。

3.鉴别诊断

(1)牙周脓肿与龈脓肿相鉴别 龈脓肿仅局限于龈乳头及龈缘,呈局限性肿胀,无牙周炎病史,无牙周袋,X射线片上无牙槽骨吸收,但有异物刺激牙龈等明显刺激因素

(2)牙周脓肿与牙槽脓肿的鉴别 见表1-5。

4.治疗原则 止痛,防止感染扩散,以及使脓液引流

(1)清除牙结石,冲洗牙周袋,将防腐收敛药引入袋内

(2)全身给以抗生素或支持疗法。

(3)在脓肿变软、出现波动时将脓肿切开,使脓液得以充分引流,并给以含漱剂含漱。

(4)调𬌗。调磨早接触点，解决咬合痛。

5.牙齿洁治，牙周刮治，治疗牙周炎。

表1-5 牙周脓肿与牙槽脓肿的鉴别诊断

病状与体征	牙周脓肿	牙槽脓肿
感染来源	牙周袋	牙髓病或根尖周病
牙周袋	有	无
牙体情况	一般无龋	有龋齿或非龋疾病或修复体
牙髓活力	有	无
脓肿部位	局限于牙周袋壁，较近龈缘	范围较弥，中心位于龈沟附近
疼痛程度	相对较轻	较重
牙松动度	松动明显，消肿后仍松动	松动较轻，但也可十分松动，治愈后牙齿恢复稳固
叩痛	相对较轻	很重
X射线片	牙槽骨嵴有破坏，可有骨下袋	根尖周可有骨质破坏，也可无
病程	相对较短，一般3~4 d可自溃	相对较长，脓液从根尖周向黏膜排出5~6 d

【病案61】

患者，女，52岁，公务员。

主诉 牙齿变长，遇冷疼痛2年。

现病史 2年前，牙齿变长，牙龈退缩，冷水漱口及吃冷饮牙根疼痛，冬天遇冷空气牙齿敏感，病情进行性加重。7年前，牙龈出血，牙齿松动，被诊断为"快速进展性牙周炎"，经"牙结石清除、牙周袋刮治"等多种治疗，2年后逐渐痊愈。

检查 除7┘及└5缺失外，全口牙均见临床牙冠变长，上下前牙以釉牙骨质界分为透明的淡黄色和无光泽黄色两部分；牙龈为淡红色，龈缘无充血，水肿，探诊未见牙周袋，$\frac{21|12}{21|12}$及6┘有轻微松动。

X射线片检查 全口曲面断层片见$\frac{\;|5}{7|\;}$缺失，牙槽骨均有少量吸收；$\frac{7|\;}{\;|5}$牙周膜变窄，牙槽骨吸收少于1/3根长，骨小梁稀疏。

1.诊断

(1)全口牙周萎缩。

(2)$\frac{7|\;}{\;|5}$废用性萎缩。

2.诊断依据

(1)临床牙冠变长。

(2)有牙周炎病史。

(3)牙龈无充血、水肿，无牙周袋。

(4)牙槽骨吸收少，牙齿轻微松动。

3.治疗原则 防止牙周萎缩加重。

(1)修复缺失的$\dfrac{\quad|5}{7|\quad}$,防止$\dfrac{7|\quad}{\quad|5}$的废用性萎缩加重。

(2)改用软毛牙刷及正确的方法刷牙

(3)牙床按摩,改善局部血液循环。

(4)对创伤性𬌗进行调𬌗。

(5)消除炎症及龈袋

(6)上颌前牙牙龈退缩,若患者有美观方面要求,可用树脂制作假牙牙龈,以改善其外观。

【病案 62】

患者,男,37 岁,律师。

主诉 牙龈肿 1 年

现病史 2 年前因高血压引起肾功能衰竭行肾移植术,术后服用"环孢菌素"、"安氯地平"及"络和血"、"科素亚"、"康可"、"双氢克尿塞"、"泼尼松"等。1 年前出现下前牙牙龈肿,刷牙出血,吃饭出血,咬痛渐重,并弥漫全口牙龈,未做牙周治疗,自行断续服用"甲硝唑"100 片,龈肿未减轻 每天刷牙 2 次,每次刷牙时间少于 1 min,无吸烟史。

检查 口腔卫生一般,菌斑指数 2~3,牙石(+),牙龈肿胀明显,红,质韧,$\underline{43156}$唇颊侧龈肿胀超过咬合面 2 mm,$\overline{321|123}$唇侧龈缘平齐咬合面,$\overline{|23}$错位,牙间乳头平齐咬合面,余牙唇颊侧龈盖过牙冠 1/2~2/3,舌腭侧盖过牙冠 1/3~1/2。出血指数 3,探诊深度全口 4~10 mm,磨牙根分叉未探及。牙齿无明显松动。

全口根尖片示全口牙槽骨有水平吸收,$\dfrac{\quad|5}{5|6}$近中有垂直吸收

既往史 高血压 10 年,2 年前做肾移植术。肾移植术后无其他特殊情况,继续服用环孢菌素及安氯地平,血压基本稳定

家族史 母亲高血压。

1.诊断 成人牙周炎伴药物性牙龈增生。

2.诊断依据

(1)有长期服用环孢菌素及安氯地平史。

(2)牙龈增生明显

(3)探诊深度 4~10 mm,X 射线片示牙槽骨吸收

3.治疗

(1)口腔卫生宣传教育。

(2)进行洁治、刮治术。

(3)分区段施龈切术。

(4)定期复查。

第四节　口腔黏膜病

【病案63】

患者，女，6岁。

主诉　口腔溃烂4 d

现病史　4 d前无明显诱因发生口腔黏膜溃烂，疼痛明显，影响进食。继而手掌足底出现红色斑疹，稍感痒感。曾在私人诊所予以"三黄片"等口服(药量不详)，效果不佳，今来我院就诊。

既往史　患儿以往健康，无口腔溃疡病史。

检查　体温37.2 ℃，上腭、下唇均可见散在米粒大小溃烂面，覆有黄色假膜，周边红润。两侧颌下淋巴结触之肿大。手掌足底可见散在红色斑丘疹，呈对称性分布。手掌针刺反应(－)。

实验室检查　血液血红蛋白120 g/L，白细胞计数10.6×10^9/L，分类为中性粒细胞0.57，淋巴细胞0.43。

1. 初步诊断　手－足－口病。

2. 诊断依据

(1)双颊、上腭、下唇可见散在米粒大小溃烂面，覆有假膜，周边红润。

(2)手掌足底可有散在红色斑丘疹，呈对称性分布。

3. 鉴别诊断

(1)口炎型口疮　损害为散在分布的单个小溃疡，不经过水疱期。病程反复。儿童少见，无皮肤损害。

(2)急性疱疹性龈口炎　好发于婴幼儿，急性发作，全身反应较重。病损为成簇小水疱，疱破后成为大片表浅溃疡。损害遍及口腔黏膜各处包括牙龈、上腭、舌、颊和唇黏膜。皮肤损害不常见。

4. 诊疗计划

(1)抗病毒治疗　吗啉胍片每次0.1片，每天3次。板蓝根冲剂每日3次，每次1袋。

(2)抗感染治疗　增效联磺片每次0.5 g，每日2次。

(3)局部治疗　溃疡含漱液、特号口粉每日数次漱口与喷洒。

(4)支持疗法　卧床休息，补充营养，辅助口服维生素C及维生素B族药物。

【病案64】

患者，男，48岁，工人。

主诉　上腭肿痛1个月，溃破20 d。

现病史　1个月前患者自觉上腭肿痛，并波及上牙及头部。10 d后腭部破溃出血，疼痛消失。溃疡初为米粒大小，逐渐增至蚕豆大。肌内注射"青霉素"治疗无效。局部未做任何

处理。有20年烟酒史,局部无创伤史。

检查 上腭中线略偏右侧,硬腭后缘前约0.5 cm处可见0.9 cm×0.7 cm×0.5 cm的溃疡。溃疡边缘不齐,略隆起,周边苍白,外围红润。溃疡底凹凸不平。颏下及颌下淋巴结肿大。

X射线片检查 上颌咬合片检查腭部骨质无破坏。胸透及实验室检查均无异常所见。

活体组织病检 表面黏膜上皮呈假上皮瘤样增生,钉突增生延长,并与下方导管及腺泡细胞鳞状化生的上皮团块相连接,颇似向结缔组织侵犯的鳞状细胞癌,涎腺导管和腺泡细胞鳞状化生。一部分导管衬里上皮增厚保持管腔,另一部分增生为实性的上皮团块与条索细胞分化良好,核无异型。小叶内腺泡坏死融合,有黏液溢出形成黏液池,腺小叶保持完整的正常结构。在坏死的腺小叶和增生化生的腺泡周围可见非特异性的炎性细胞浸润。

1.诊断 坏死性涎腺化生。

2.诊断依据

(1)上腭部溃烂并逐渐增大。

(2)X射线检查腭部骨质无破坏。

(3)组织病理学检查结果。

3.鉴别诊断 坏死性涎腺化生是一种发生于小唾液腺的、有自限性的良性炎症病变。多见于40岁以上的男性,好发于腭部(尤其是硬腭)。病变多为无痛性深在溃疡,可达骨面,甚至暴露骨面,溃疡呈火山口状,边缘隆起,颇似恶性肿瘤。X射线片检查病变下方骨质无破坏。少数病变为肿块或红斑。由于临床表现及镜下广泛的假上皮瘤样增生,导管和腺泡有鳞状化生及腺小叶坏死,临床和病理均有误诊为鳞状细胞癌和黏液表皮样癌的可能,因此将坏死性涎腺化生与恶性肿瘤相鉴别,以避免不必要的根治性手术和放射治疗是极其重要的。

鉴别诊断主要依据组织病理学。在组织病理上,当坏死腺泡、增生导管和鳞状化生共存时应与黏液表皮样癌相鉴别,当以大量实性鳞状上皮团为主或伴有表面黏膜上皮假上皮瘤样增生时,应与鳞状细胞癌相鉴别。鉴别要点是:①化生的鳞状上皮核规则,无异型性,增生的导管内无黏液细胞;②腺组织小叶坏死;③导管和黏液腺泡同时鳞状化生;④明显的肉芽组织和炎症;⑤化生时的增生保持腺小叶的轮廓。

4.治疗 本病预后良好,3~10个月可自愈,无需治疗。本例于活体组织检查后5周愈合,1年后随访无复发。

【病案65】

主诉 腭部溃疡2月。

现病史 患者2月前突然寒战、发热、剧烈头痛。疑为三叉神经痛发作(既往有偏头痛史,一直按三叉神经痛治疗),即服用"卡马西平"(量不详)及"去痛片"。次日发现在上腭后部有3个圆形疱,每个直径为1.5~2 cm,疱边缘相邻,呈浅红色,伴有痒感及胸闷。家人用注射器穿刺疱壁,抽出浅黄色臭味气体。第3日疱壁破溃,形成溃疡,溃疡周边外翻、凸起,连同周边红肿区约3 cm×2 cm。此时病人感到局部麻木,口臭、恶心,进食呕吐。当地医院活检,病理组织报告为"鳞状上皮癌"。遂来我院就诊。病人既往有磺胺药物过敏史。

检查 张口度正常，右侧硬腭后部溃疡约 0.5 cm×1 cm(病人述溃疡已减小)，溃疡边缘不规则，周边不高起，质韧，有轻度压痛，不能探及骨面。

X 射线片检查 疑有骨质破坏。

组织病理切片检查 镜下见腭黏膜表面上皮增生，钉突伸长，并在结缔组织中形成一些鳞状上皮团。黏膜小涎腺大部分腺泡消失，被增生的导管代替，这些上皮团邻近可见残存的坏死腺泡的轮廓。上皮团的细胞核大小一致，可见清楚的细胞间桥。增生的导管上皮为单层或复层细胞构成，有些导管腔内含有红染物质，亦见有导管扩张，乳头样结构突入腔内这些增生的导管及化生的鳞状上皮团块呈灶状，局限在原来腺小叶的部位，周围可见纤维增生环绕及不同程度的炎性细胞反应。

1.诊断 坏死性涎腺化生。

2.诊断依据

(1)溃疡形成，面积较大且周边红肿。

(2)组织病理检查报告结果符合坏死性涎腺炎。

3.鉴别诊断 参见病案 64。

4.治疗 未作特殊治疗，病人溃疡 10 周痊愈(从发病计)。追踪 10 个月，病人除仍有反复发作的剧烈头痛外，腭部无溃疡复发，亦未发生肿块和肿胀。

本病无需特殊治疗，可做一些对症处理，保持口腔卫生，预防继发感染。愈合后留有轻微瘢痕

【病案 66】

患者，女，23 岁，工人

主诉 口腔糜烂 1 周。

现病史 1 周前自觉口角起疱不适，并发热 38 ℃左右。随后疱向上颌牙龈蔓延，疱破溃烂疼痛明显，唾液增多。曾在外院输"青霉素注射液"3 d，口腔黏膜仍疼痛明显。

既往史 "感冒史"。

检查 两侧口角黏膜覆盖淡黄褐色血痂。内侧有数个圆形小泡，完整，呈黄色半透明状，边缘黏膜呈深红色，上腭皱襞区黏膜糜烂，触之出血疼痛，舌尖区亦存在同样病损，余黏膜未见明显异常。口腔卫生差，牙结石Ⅱ度。

血常规检查 血红蛋白 130 g/L，白细胞计数 10.1×10^9/L，分类中性粒细胞 0.58，淋巴细胞 0.42。

1.初步诊断 疱疹性口炎。

2.诊断依据

(1)1 周前口角起疱，并向其他部位黏膜蔓延

(2)有发热等全身症状。

(3)抗生素全身治疗未见明显效果。

3.鉴别诊断

(1)三叉神经带状疱疹 ①由水痘带状疱疹病毒引起的颌面皮肤和口腔黏膜的病损；②水疱大，沿三叉神经的分支排列成带状，不超越中线；③疼痛剧烈，并易造成继发感染，造成

颌面部肿胀；④愈后不复发。

(2)口炎型口疮 ①病程反复，无疱疹期；②散在分布的单个小溃疡，多在角化程度差的黏膜处；③无皮肤损害。

(3)手－足－口病 ①由柯萨奇病毒 A_{16}所引起的皮肤黏膜病损；②口腔黏膜、手掌、足底出现散在水疱、丘疹与斑疹，数量不等。

(4)疱疹性咽峡炎 ①由柯萨奇病毒 A_4 引起的口腔疱疹损害；②病损只限于口腔后面，如软腭、悬雍垂、扁桃体处；③牙龈很少受累。

(5)多形渗出性红斑 ①急性非感染性黏膜皮肤病；②口腔黏膜大面积糜烂面，疼痛剧烈，唇部渗血、结痂尤重，严重影响进食；③皮肤典型损害有靶形红斑或虹膜状红斑；④比较严重者，可伴有鼻腔、生殖器、肛门的损害，称为斯－约综合征。

4.进一步检查 采用单纯疱疹病毒抗体检测试剂，患者血清抗体效价明显升高。

5.治疗

(1)局部治疗 无环鸟苷软膏和金霉素甘油局部涂敷。

(2)抗病毒药物 服用病毒唑片、抗病毒口服液。

(3)中药治疗 服用口炎冲剂，兰花冲剂。

【病案 67】

患者，女，1岁半。

主诉(母亲代诉) 患儿啼哭，拒食，发热2 d。

现病史 2 d前患儿发热，烦躁不安，夜间啼哭。昨天拒食，流涎增多。今晨发现患儿口内黏膜及口唇部有小水疱。

检查 发育正常，营养中等。体温38.2 ℃。口唇黏膜、舌、牙龈广泛充血水肿，有成簇透明的小水疱，部分水疱破溃形成浅表小溃疡；直径1～2 mm，部分溃疡融合成较大表浅形态不规则的浅表溃疡。上唇肿胀明显，在唇红与口周皮肤可见成簇小水疱，并可见疱破渗出液形成黄色痂皮。颌下淋巴结肿大，有压痛。

实验室检查 取疱疹基底物直接涂片可见病毒损伤细胞(气球状变性、细胞水肿、多核巨细胞、核内包涵体)。病毒分离和培养，确诊为单纯疹疱。血清学试验，抗单纯疱疹病毒的抗体效价明显增高。

1.诊断 疱疹性龈口炎(原发性疱疹性口炎)

2.诊断依据

(1)发病常见于6岁以下儿童，6个月至2岁儿童更多见。

(2)急性发作，全身反应重。

(3)病损表现为口腔黏膜广泛充血水肿，充血黏膜上出现成簇小疱疹，不久破溃形成小的浅表溃疡，小溃疡融合形成大而不规则溃疡。

(4)疼痛明显，尤其进食时，表现为患儿拒食，同时流涎增多。区域淋巴结肿大、压痛。

(5)同时伴有口周皮肤损害：成簇小水疱、渗出、结痂。

3.鉴别诊断

(1)口炎型口疮(疱疹样口疮) ①发病多见于成人。②病程反复，不经过疱疹期，全身

反应轻。③损害仅限于口腔内角化程度较差的黏膜，无皮肤损害。④病损表现为口内黏膜散在分布多个小溃疡，有自限性。

(2)三叉神经带状疱疹 ①任何年龄均可发病，中年以后较多见。②口腔黏膜任何部位，颌面、胸、腹、腰背皮肤均可发病。③水疱较大，疱疹聚集成簇，沿三叉神经分支排列成带状，损害不超过中线。④疱疹和疱破后形成的溃疡疼痛剧烈，老人更明显，有时病愈后，有顽固的疱疹后神经痛。⑤病程一般为2~3周，愈后很少复发，甚至可终生免疫。

(3)手-足-口病 ①发病者多为3岁以下儿童。②夏秋季节发病多见，有疾病流行史。③有前驱症状：低热、困倦和局部淋巴结肿大。④皮损为手掌、足底、手背、足背、踝关节及臀部皮肤出现散在的针尖至粟粒大小的斑疹、丘疹和小水疱，数量不等。斑疹周围有红晕，中央为小水疱，皮肤水疱数日后干燥结痂。⑤口腔黏膜均可发生疱损，疱粟粒大小，聚集或散在分布，迅速破溃形成溃疡。⑥全口牙龈无红肿。⑦病程一般5~10 d。

(4)疱疹性咽喉炎 ①儿童以1~4岁发病者居多，夏末秋初流行。②患儿突然高烧38~40 ℃，持续2~4 d，伴食欲不振、咽痛及吞咽困难。③病损分布只限于口腔后面如软腭、悬雍垂、扁桃体处。④表现为丛集成簇的小疱疹，很快破溃形成小溃疡。整个口咽黏膜呈充血状，龈部不受累。⑤病程约7 d，痊愈后几乎不复发。

(5)多形渗出性红斑 ①可发生于任何年龄，青少年多见。②多急性发作，春秋季多见。③常见诱发因素：感染、药物、食物、日光等。④口腔黏膜损害：口唇为其好发部位，表现为糜烂伴大量血痂，颊、舌、腭等处也可波及，表现为充血水肿、红斑、水疱、大面积糜烂。口臭明显，流涎，局部淋巴结肿大，疼痛剧烈。⑤皮损呈多形性，主要分布于颜面和四肢，呈对称性，损害有红斑、水疱、丘疹、糜烂和结痂。典型损害为靶形红斑(虹膜状红斑)。

4.治疗

(1)全身支持疗法及抗病毒治疗，使用干扰素、聚肌胞、无环鸟甙、病毒唑等药物。

(2)口腔局部使用消炎、止痛、促进愈合的药物：1%普鲁卡因含漱，2%四环素液或3%硼砂液含漱、锡类散、养阴生肌散外用。

(3)唇红及唇周皮损可用激光局部照射，外涂疱疹净或金霉素软膏。

(4)中医中药，使用口炎冲剂和清热解毒液口服等。

【病案68】

患者，男，45岁，工人。

主诉 右面颊部肿胀、灼痛4 d。

现病史 4 d前因劳累过度感右面颊部肿胀、灼痛。第2天在右面颊及上唇部出现成簇小水疱，右侧颊黏膜有成簇小水疱，破后疼痛明显。

检查 右面颊部至上唇区皮肤弥散片状红斑、肿胀、触痛，密集成簇的大小不等的黄色透明水疱呈带状分布，部分水疱破溃，渗出结成黄痂，口腔内右侧颊黏膜可见成簇水疱，部分破溃形成浅表溃疡，表面有黄白色假膜覆盖，所有损害均位于右侧，不超过中线。

实验室检查 疱液行病毒分离培养，得到水痘-带状疱疹病毒。

1.诊断 三叉神经带状疱疹。

2.诊断依据

(1)发病多见于中老年人。

(2)病损为密集成簇的疱疹沿三叉神经分支分布呈带状，不超过中线。口内病损为成簇疱疹，破溃成溃疡。

(3)疼痛剧烈。

(4)实验室检查分离培养出水痘－带状疱疹病毒。

3. 鉴别诊断

(1)单纯疱疹　①初发多见于儿童，急性发作伴全身反应重，复发多见于成人。②水疱较小，成簇分布，无单侧性规律。③疼痛较轻。④反复发作。

(2)疱疹性咽峡炎　①病损分布只限于口腔后部，如软腭、悬雍垂、扁桃体等处，为成簇聚集的小水疱，不久破溃成溃疡。②损害很少发于口腔前部，牙龈不受损害。③病程约7 d。

4. 治疗

(1)全身抗病毒治疗　无环鸟苷、阿糖腺苷、阿糖胞苷、聚肌胞。

(2)免疫增强疗法　转移因子2～4 ml/次，肌内注射，间日1次。

(3)止痛　阿司匹林0.5 g，3次/d，口服。卡马西平100 mg，3次/d，口服。

(4)激素疗法　必要时可用泼尼松30～40 mg/d，渐减量，10 d为一疗程，抗炎止痛作用最好。

(5)局部治疗　①口内损害用消炎、止痛、促进愈合的中成药，如珠黄散、养阴生肌散等。②皮损局部用炉甘石洗剂、1%新霉素软膏。③He－Ne激光穴位照射。

【病案69】

患者，女，20岁，个体。

主诉　口腔溃烂伴疼痛5 d。

现病史　于5 d前无明显诱因舌部开始起疱，继而下唇及面部起大量黄水疱，部分破溃流出黄色液体，伴有烧灼样疼痛。同时右下后牙疼痛。曾在私人门诊予以“维生素C”、“螺旋霉素”、“黄连上清片”口服(药量不详)。服药后病情未见好转，今来我院就诊。

既往史　病人以往健康，无系统性红斑狼疮及长期大量使用皮质类固醇药物等。

检查　体温36.7 ℃，急性痛苦病容，舌背及舌腹右侧、765432|舌侧龈可见密集黄白色疱疹，大部分破溃，上覆黄色厚假膜。右侧唇亦可见黄色小疱聚集成簇，部分破溃形成黄褐色厚痂。右侧面部皮肤出现大小不等片状红斑，斑上有水疱。765432|叩痛(+)，未见龋坏。病损均未超过中线。两侧颌下淋巴结触及肿大。

实验室检查　血液血红蛋白125 g/L，白细胞计数4.6×10^9/L，分类为中性粒细胞0.60，淋巴细胞0.40。

1. 初步诊断　右侧三叉神经带状疱疹。

2. 诊断依据

(1)右侧颜面部出现成簇黄色水疱及血疱，沿右侧三叉神经的下颌支呈带状分布。

(2)右侧舌背、舌腹、下唇及龈部黏膜出现密集水疱，破溃后形成假膜或厚痂。

(3)病损发生于右侧面部及口腔黏膜，未超过中线。

(4)烧灼样剧烈疼痛，呈持续性。

(5)本病终生免疫,极少复发。

3.鉴别诊断

(1)口腔单纯性疱疹　①多数患者首先出现或轻或重的全身症状。②全口或局部出现成簇小水疱,分布无特点。③病损局部有刺痛和麻痒感均可忍受。④1周左右自愈,可复发。

(2)疱疹性咽峡炎　见病案68鉴别诊断(2)

(3)口炎型口疮　①损害为散在分布的单个小溃疡。②病程反复,不经过疱疹期。③溃疡数目较多,数十个或更多,形如芝麻大小。④分布口腔角化程度较差的黏膜处,无皮肤损害。⑤病程为10~14 d。

(4)多形红斑　①为广泛损及皮肤和黏膜的急性疾病。②诱发的因素包括感染、药物的使用,但有的亦无诱因。③口腔黏膜突然发生广泛的糜烂,特别涉及唇部,引起糜烂、结痂、出血,而弥散性龈炎非常少见。④皮肤损害有靶形红斑或虹膜状红斑。

4.诊疗计划

(1)抗病毒治疗　抗病毒使用病毒唑针剂、聚肌胞针剂等。病毒唑针剂每日0.4 g静脉滴注。

(2)抗感染治疗　先锋V号针剂每日5 g,静脉滴注。

(3)止痛　芬必得缓释胶囊每次600 mg,必要时口服;维生素B_1每次20 mg,每日3次;维生素B_{12}每次3片,每日3次。

(4)支持治疗　维生素C 3.0 g加维生素B_6 200 mg,静脉滴注每日1次。

(5)局部治疗　溃疡含漱液、百合口腔宝漱口。使用酞丁安搽剂、炉甘石洗剂、波姆光照射对皮肤损害进行治疗。

【病案70】

患者,女,30岁,干部。

主诉　右上后牙剧痛1周。

现病史　患者于1周前在体检时发现右上颌第一磨牙龋坏,即行充填术。第2天便出现疼痛,并逐渐加重。疼痛为阵发性,每次持续1~2 min,故前来我院就诊。检查见6|殆面有充填物,热牙胶试验有酸胀感,叩痛(±)。在患者强烈要求下对6|进行开髓治疗,2 d后复诊患者诉牙痛未减轻,触摸牙龈和右上唇觉疼痛。

检查　鼻外侧皮肤小水疱呈带状分布,右上颌牙龈充血、糜烂。左侧皮肤及口腔黏膜正常。牙无松动,无叩痛。

1.诊断　三叉神经带状疱疹。

2.诊断依据

(1)疼痛为阵发性,持续时间短。

(2)疼痛与温度刺激无关。

(3)牙髓治疗不能使疼痛缓解。

(4)三叉神经分布区域小水疱呈带状分布。

3.鉴别诊断

(1)急性牙髓炎 三叉神经的带状疱疹其疼痛性质颇似牙髓炎，在出疹前很难作出诊断，注意鉴别。①刺激性疼痛，为浆液性牙髓炎时冷热刺激均诱发和加重疼痛；在化脓性牙髓炎时，热刺激诱发和加重疼痛，冷刺激反而使疼痛缓解。②放散性疼痛，不能准确指出病牙。③疼痛昼轻夜重。④当发展为全髓炎时可出现轻度叩痛。

(2)急性上颌窦炎 ①疼痛为持续性胀痛。②累及上颌前磨牙及磨牙区，可使该区牙齿出现叩痛。③伴有头痛、鼻阻及流脓鼻涕等症状。④上颌窦前壁有压痛。

4.治疗

(1)应用抗生素，预防继发感染。

(2)给予抗病毒药物。

(3)保持皮肤清洁，加强口腔护理，用2%碳酸氢钠溶液含漱。

(4)皮下注射转移因子2 ml，每日1次。

【病案71】

患者，女，46岁，干部。

主诉 口腔及咽部疼痛4 d。

现病史 6 d前曾患感冒，头昏，微发热，咳嗽，鼻塞，服抗感冒药，症状好转。4 d前感口舌及咽部疼痛，进食尤其明显，口干，口臭，流涎。

检查 舌背、软腭、咽部广泛充血，上覆灰黄色假膜，假膜光滑致密，用棉签稍用力擦拭，假膜脱落，糜烂面溢血，有疼痛感。

实验室检查 取口腔假膜涂片，发现大量革兰阳性球菌。细菌培养见大量金黄色葡萄球菌。

1.诊断 球菌性口炎(膜性口炎)。

2.诊断依据

(1)起病急骤，有头痛、发热等全身症状。

(2)舌背、软腭、咽部广泛充血，上有灰黄色假膜，致密而光滑，易被拭去。

(3)假膜涂片，培养确定病原菌。

3.鉴别诊断 急性伪膜型念珠菌病(雪口病或鹅口疮)：①发病多见于婴幼儿，亦可见于体弱的成年人；②起病急或亚急性；③口内损害区黏膜充血，上有散在白色柔软小斑点，不久融合为白色斑片，易被擦掉，露出鲜红糜烂面，渗血，很快有新绒膜形成；④有口干、烧灼感及轻微疼痛，患儿哭闹不食；⑤涂片或培养可确定病原菌。

4.治疗

(1)全身给予抗生素青霉素、麦迪霉素或螺旋霉素。

(2)局部给以抗炎含漱剂，辅以止痛和促进愈合的药物，如0.1%～0.05%洗必泰，金霉素甘油糊剂等。

【病案72】

患者，女，11个月。

主诉(母亲代诉) 患儿拒食，右颊红肿5 d，伴有颊破溃2 d。曾在卫生所用中西药(不

详),无效。

现病史 患儿3 d前拒食,右颊略红肿,1 d前右颊破溃。

个人史 患儿为人工喂养,长期反复腹泻,6~10次/d。生活于贫困山区,生活条件极差。

检查 体温37.4 ℃,心率128次/min,呼吸28次/min,身高53 cm,体重4 kg,消瘦,精神极差,不哭闹,面色土黄,眼球内陷,呼吸平稳。右颊软组织全层洞穿,唾液外溢,溃破口边缘颜色较深,微隆起,周围组织硬,无痛。牙未萌出,牙槽黏膜完整,伤口有腐尸臭味。

实验室检查 白细胞计数$9.7 \times 10^9/L$,红细胞计数$2.9 \times 10^{12}/L$,血红蛋白92 g/L,分类淋巴细胞0.319,中性粒细胞0.681。大便脓球(++),红血球(+);胸透未发现异常。坏死组组织涂片染色,见大量螺旋体和梭形杆菌。

1.诊断 坏疽性口炎(走马疳)。

2.诊断依据

(1)发病多见于经济落后的国家和地区。

(2)起病急骤,全身症状明显。

(3)右颊组织全层洞穿,周围组织硬,无痛,有特殊腐败臭味。

(4)病损涂片见大量梭状杆菌和螺旋体。

3.治疗

(1)支持疗法 输血、补液、供给足量维生素B族药物和维生素C。

(2)抗感染治疗 ①青霉素、链霉素联合肌内注射或静脉滴注。②甲硝唑口服或静脉滴注。③替硝唑。

(3)局部清洗 仔细去除坏死组织。

【病案73】

患者,女,23岁,学生。

主诉 发热、咳嗽、咽痛半月。

现病史 半月前不明原因发热、咽喉肿痛,曾在当地医院诊断为"急性扁桃体炎",用多种广谱抗菌素静脉滴注半个月,症状无好转反而加重。

检查 营养状况差,消瘦,颧面部潮红,体温37.8 ℃。舌根部、双侧舌腭弓、扁桃体、咽腭弓极度红肿、充血,上覆干酪样白色分泌物。

实验室检查 痰抗酸染色(++),咽拭子抗酸染色(+)。

X射线片检查 右上肺大片状致密影,其中有小透光区(浸润型肺结核)。

1.诊断

(1)口咽部结核。

(2)浸润型肺结核。

2.诊断依据

(1)有口腔外结核(肺),胸X射线片诊断。

(2)舌根、双侧舌腭弓、咽腭弓、扁桃体充血、红肿,上有干酪样白色分泌物。

(3)咽拭子抗酸染色(+)。

3.进一步检查 取局部组织活检可见结核性肉芽肿。结核菌素试验(+)。

4.治疗

(1)全身抗结核治疗,使用链霉素、利福平、异烟肼等药物。

(2)口咽部肿痛不能吞咽食物者采用鼻饲、补液等辅助疗法,局部用双料喉风散喷洒。

【病案74】

患者,男,45岁,农民。

主诉 上唇内侧溃烂半年。

现病史 半年前,上唇内侧开始溃烂,疼痛,曾在当地医院按"口腔溃疡"治疗,无好转。患者疑为恶性肿瘤,前来就诊。伴乏力,间断性咳嗽。

检查 营养状况差,瘦弱体形,上唇内侧上唇系带附着处有一1 cm×1.5 cm的形态不规则溃疡,溃疡深,边缘微隆呈鼠啮状,并向内卷曲呈潜掘状,溃疡表面有脓性分泌物,除去分泌物,可见暗红色桑葚样改变,基底无硬结。

既往史 6年前曾患肺结核,经治痊愈。

实验室检查 溃疡局部取材涂片,抗酸染色镜检可见结核杆菌。

组织病理检查 取溃疡部分组织活检,可见结核性肉芽肿。

1.诊断 口腔结核性溃疡。

2.诊断依据

(1)溃疡无复发史,长期不愈。

(2)溃疡形态不规则,深大,边缘呈潜掘状,基底部可见桑葚样肉芽肿。

(3)有结核病史。

(4)病变表面涂片抗酸染色可见结核杆菌。

(5)组织病理可见结核性肉芽肿表现。

3.鉴别诊断

(1)腺周口疮 ①有反复发作史。②有自限性,溃疡深在似弹坑状。

(2)鳞癌 ①溃疡呈菜花状,边缘外翻,基底有浸润型硬结。②淋巴结转移后,扪及区域淋巴结固定、质硬、相互粘连。③发病年龄在40岁以上。

(3)创伤性溃疡 ①溃疡形态与机械性损伤因子相吻合。②除去创伤因子后,溃疡在2周内可愈合。

4.进一步检查 X射线胸片显示左上肺小片云雾影,其中掺有小结节及纤维条(再感染的浸润型肺结核)。

5.治疗

(1)全身抗结核治疗及支持疗法。

(2)口腔损害采用链霉素0.5 g或异烟肼0.1 g,局部封闭,每日或间日1次。

【病案75】

患者,女,8个月。

主诉(母亲代诉) 口腔内出白膜3 d。

现病史 3 d前无明显诱因患儿开始流涎，烦躁不安，啼哭，哺乳困难。其母发现患儿口腔内出现白色膜样物，不易擦去。无发热、咳嗽及腹泻病史。

既往史 患儿足月顺产，发育正常，营养中等。混合喂养，奶瓶只冲洗不消毒。

家族史 父母均患有脚癣病史。母亲患霉菌性阴道炎。

检查 体温36.8 ℃，双颊、舌、软腭及唇黏膜充血，有散在的色白如雪的柔软丝绒状斑片，斑片稍用力可擦掉，暴露红的黏膜糜烂面及轻度出血。咽腔正常。

血常规检查 血红蛋白110 g/L，白细胞计数11×10^9/L，分类中性粒细胞0.34，淋巴细胞0.66

涂片检查 镜下可见假菌丝。

1.初步诊断 口腔念珠菌病(急性假膜型)。

2.诊断依据

(1)双颊、舌、软腭及唇黏膜充血，有散在的色白如雪的柔软丝绒状斑片，用力可拭去。

(2)涂片检查镜下可见假菌丝及孢子。

(3)母亲有霉菌性阴道炎。

(4)乳具不消毒。

3.鉴别诊断 急性球菌性口炎。急性球菌性口炎是由金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌等球菌感染引起，儿童和老年人易罹患，可发生于口腔黏膜任何部位，患区充血水肿明显，覆有灰白色或灰黄色假膜，表面光滑致密，略高于黏膜面。假膜易被拭去，遗留糜烂面而有渗血。区域淋巴结肿大，可伴有全身反应。涂片检查或细菌培养可确定主要病原菌。

4.诊疗计划

(1)局部药物治疗 用2%～4%$NaHCO_3$溶液在哺乳前后洗涤口腔。同时用本药在哺乳前后洗净乳头。

(2)抗真菌治疗 用制霉菌素液涂擦口腔黏膜病损处。

(3)全身用药 口服维生素B_2、维生素C、小儿王氏保赤丸等。

5.预防

(1)避免产房交叉感染。

(2)注意哺乳期卫生，如用温开水擦洗乳头及婴儿口腔，哺乳用具煮沸消毒等。

(3)不得滥用抗生素。

(4)注意婴儿个人卫生，常用卫生用具与成人分开。

【病案76】

患者，男，49岁，农民。

主诉 下唇部间断性肿胀、溃破、结痂4年余。

现病史 患者近4年来，下唇部红肿逐渐加重，曾用针刺破，流出多量浑浊黏液后肿胀渐减退，唇红处结痂。冬季缓解，春季发作频繁，尤以饮酒后症状加重，每次发作持续10 d左右。在当地医院诊断为“维生素缺乏症”，长期服用维生素类药物、消炎药及中药，并外敷消炎药均不见好转。

既往史 既往无相同病史,有烟酒嗜好。

检查 下唇明显肿胀,唇红部呈皲裂状,有结痂,痂下为血性分泌物。唇黏膜腺增生,表面粗糙,挤压时有黏稠液体泌出。下唇触之较硬,活动亦较受限。病变范围为 1 cm×5 cm×0.5 cm。舌、牙龈、口底、上唇及颊、腭黏膜无异常发现。全口龈上结石Ⅱ度。$\frac{7|7}{6|6}$缺失,余牙正常。

实验室检查 血、尿、便常规检查未见异常

下唇部活体组织检查 腺体组织间质呈慢性炎症,可见有菌丝及少量孢子。病理诊断:唇部慢性炎症(霉菌感染)。于唇红部黏膜结痂下取新鲜分泌物做细菌培养,报告为白色念珠菌生长。

1.诊断 下唇部白色念珠菌感染。

2.诊断依据

(1)反复发作的下唇肿胀、溃破,口服及外敷消炎药不见好转。

(2)活检报告有菌丝及少量孢子。

(3)细菌培养为白色念珠菌生长。

3.治疗

(1)制霉菌素 50 万 U,每日 3 次。

(2)局部涂用龙胆紫。

用药 6 d 后唇部肿胀好转,无明显分泌物。继续服药 1 个月,3 个月后随诊已愈,随访 1 年未见复发。

【病案 77】

患者,女,22 岁,学生。

主诉 口腔黏膜丘疹 7 d 余。

现病史 患者 7 d 前因"感冒发热",舌背部有痒感,出现数个豌豆大丘疹,牙咬后破溃烂,无疼痛。在外院诊断为口腔溃疡,给予"青霉素"肌内注射,"溃疡散"涂布,治疗 5 d 无效,继而颊、腭黏膜出现丘疹。

检查 舌背中央有成群的直径 5~6 mm 圆形丘疹,表面有灰黄色假膜覆盖,范围 5 cm×2.5 cm,揭去假膜,见有 10 余个直径 5 mm 大小、表面溃烂、互不融合的丘疹。质中等硬,有乳酪样物,右颊黏膜可见一孤立的丘疹,表面覆盖假膜。咽腭部充血,无疼痛流涎。舌活动自如。两侧颌下可触及约 1.5 cm×1.5 cm 大小的淋巴结,轻度压痛,活动度小。

实验室检查 血红蛋白 112 g/L,红细胞计数 3.99×10^{12}/L,白细胞计数 7.5×10^{9}/L,分类嗜中性粒细胞 0.70,淋巴细胞 0.30。

舌脱落细胞学检查 镜下见许多坏死物及一些体积异常大的变性细胞,疑为变性的癌细胞。

舌、颊、腭黏膜活组织检查 见大量坏死组织,棘细胞增大变性,细胞核于一侧,部分脱落形成空腔,胞浆内有包涵体。可见有霉菌孢子及菌丝。黏膜深层见淋巴细胞及巨细胞

1.诊断 舌、颊、腭传染性软疣伴念珠菌感染。

2.诊断依据

(1)口腔黏膜丘疹溃烂无疼痛,给予抗生素及溃疡散治疗无效。

(2)口腔黏膜有成群的圆形丘疹。

(3)舌、颊、腭黏膜活组织检查结果。

3.鉴别诊断　基底细胞痛:较大的传染性、软疣继发感染应与基底细胞癌鉴别:①丘疹损害往往发生在较小年龄;②可有骨骼异常和异位钙化。

4.治疗

(1)给予克霉唑0.5 g,每日3次,口服。

(2)转移因子每隔3 d,2 ml,腋下淋巴群注射。

(3)2%碘酊局部涂布。

【病案78】

患者,男,3个月。

主诉(母亲代诉)　患儿口内起白点、斑片3 d。

现病史　1周前患儿感冒、发热、哭闹不安。服抗感冒药后,症状有所好转。3 d前,发现口腔内有散在白色小点,渐增多呈片状。患儿烦躁,拒食。

检查　口内双侧颊黏膜,舌腹充血,上有凝乳状白色斑点,针尖大小。同时颊、唇区域呈形状不规则的白色斑片,用棉签用力拭擦,白色斑片可脱落,遗留溢血的创面。

实验室检查　取白色斑片涂片镜检可见大量假菌丝、芽孢。培养:培养基上形成厚壁孢子。

1.诊断　急性假膜型念珠菌性口炎(雪口病)。

2.诊断依据

(1)发病多见于婴幼儿。

(2)起病急,充血的口腔黏膜上出现色白如雪、针尖大小的斑点,融合成块如奶酪的白色斑片,蔓延可遍及整个口腔,状如铺雪,故名雪口病。

(3)斑片与其下面黏膜附着较紧,用力可擦掉,露出其下溢血创面。

(4)患儿哭闹不食。

(5)假膜涂片可见假菌丝或芽孢,培养可确诊。

3.鉴别诊断

(1)白喉　①由白喉杆菌引起的急性全身感染性疾病。②起病缓慢、轻度或中度发热。③全身中毒症状明显,尤其是心肌损害和周围神经麻痹;局部淋巴结肿大。④局部病损主要为灰白色假膜覆盖于扁桃体上,界限清楚。⑤涂片镜检和培养可见病原菌。

(2)球菌性口炎　①由金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌等感染引起。②口内病损为致密而光滑的假膜,呈灰白或黄褐色。③直接涂片镜检可见大量球菌,细菌培养可确定主要病原菌。

4.治疗

(1)局部弱碱性液含漱或涂布:2%~4% $NaHCO_3$ 溶液;0.05%龙胆紫水溶液。

(2)局部含化或涂擦抗真菌药物,如制霉菌素5万~10万 u/ml 水混悬液涂擦患处,或50

万 u 含化，每日 3～4 次。克霉唑 0.25 g，含化等。

(3)患儿奶具和餐具应煮沸消毒，并置弱碱性液中浸泡。

(4)哺乳前后母亲应用弱碱性液清洗乳头。

【病案 79】

患者，男，65 岁，工人。

主诉　舌背前部无舌苔，口干、灼痛半月。

现病史　20 年前患风湿病，长期反复服用多种抗生素(药名不详)。1 个月前感舌表面灼痛、口干，饮食味觉差，对镜自检发现舌前部无舌苔，曾服"复合维生素 B"、"维生素 C"无效，前来就诊。

检查　舌前部舌背乳头呈块状萎缩，色鲜红，周围舌苔增厚色白。

1.诊断　急性萎缩型念珠菌口炎(抗生素性口炎)。

2.诊断依据

(1)舌前份舌乳头萎缩，周围舌苔增厚。

(2)有长期使用抗生素史。

3.鉴别诊断　赤斑：①好发于舌腹、舌缘、口底、口角区颊黏膜、软腭复合体等危险区；②损害为柔软、鲜红、界限清楚的红色斑块；③药物治疗无效；④活检组织病理为上皮异常增生、原位癌或早期浸润癌。

4.治疗

(1)停止滥用抗生素。

(2)局部用抗真菌药物及弱碱性溶液含漱或涂布(参考病案 75)。

【病案 80】

患者，女，82 岁，家庭妇女。

主诉　口腔顶部烧灼痛，口干 2 d。

现病史　半年前，开始戴上半口义齿，偶尔取下来清洗。2 d 前觉义齿与上腭接触区黏膜有烧灼痛，口中发干。

检查　取下义齿，腭黏膜与义齿接触区呈亮红色，水肿明显，有刺激痛。

实验室检查　从水肿黏膜面取材涂片镜检见白色念珠菌菌丝。

1.诊断　慢性萎缩型念珠菌性口炎(托牙性口炎或义齿性口炎)。

2.诊断依据

(1)多见于女性戴上颌义齿者。

(2)戴义齿者多无夜间摘下义齿的习惯。

(3)托牙承托区黏膜呈亮红色水肿。

(4)患者感口干，局部有烧灼痛、刺激痛。

(5)局部涂片镜检见白色念珠菌菌丝。

3.治疗

(1)注意口腔卫生，养成夜间摘下义齿的习惯，并用水冲洗义齿后放入弱碱性液中浸泡；

(2)局部用弱碱性液含漱或涂布，含化抗真菌药物。

【病案 81】

患者，女，54 岁，退休工人。

主诉 双侧口角区内侧黏膜粗糙，烧灼不适感 3 个月

现病史 3 个月前，突感双侧口角区内侧黏膜粗糙，常用舌舔之，并感局部有烧灼痛。近来，症状愈来愈明显。

检查 双侧口角区内侧颊黏膜有形状不规则的白色角质斑块，固着紧密，不能被擦掉，斑块略突出黏膜面，周围黏膜有轻度充血，触诊斑块区黏膜弹性降低。

组织病理检查 取部分斑块活检，病理报告显示上皮不全角化。PAS 染色可见念珠菌丝侵入上皮，上皮角化层有微小脓肿形成；固有层炎症细胞浸润。

1. 诊断 慢性肥厚型念珠菌性口炎(增殖型念珠菌口炎或念珠菌性白斑)。

2. 诊断依据

(1)口角内侧三角区对称性的固着紧密的白色角质斑块。

(2)组织病理检查显示上皮不全角化，PAS 染色可见念珠菌丝侵入上皮。

3. 鉴别诊断 白斑：①多发生于中老年男性，且多有吸烟史；②白色或灰白色斑块不易擦去，无对称性；③活检不能发现菌丝。

4. 治疗 此型癌变率高达 4%，故应密切随访。若经局部和全身抗真菌治疗无效时，应手术切除，以防癌变。

【病案 82】

患者，男，32 岁，工人

主诉 口腔内破溃伴疼痛 2 年半，反复发热、咳嗽、咳痰 1 年。

现病史 患者于 2 年半前，因口腔内破溃，在外院就诊，见右侧翼颌韧带处黏膜有 1.5 cm×1 cm 范围溃疡，呈"增生状"改变。经活检诊断为"肉芽肿性炎症"，对症治疗。半年后症状加重，张口受限，局部 CT 扫描示深部肿块，红细胞沉降率 90 mm/h，活检病理考虑为"结核"，拍摄胸部 X 射线片检查不排除肺结核。经抗痨治疗 20 d 症状改善，并一直抗痨治疗至今。1 个月前到外地几处医院就诊，又做活检 3 次，均为"炎症"改变。胸部 CT 扫描示广泛性肺间质改变，双中上肺肺大泡，考虑为淋巴瘤或自身免疫性疾病。用"泼尼松"治疗 7 d，因溃疡加重，来我院治疗。发病 2 年半来，体温均在 38 ℃左右，进食困难，消瘦。近半年来体重下降达 18 kg。

既往史 10 年前曾到云南、河口一带参战。6 年前曾有不明原因发热、咯血史。

检查 体温 38.5 ℃，消瘦、声嘶、张口度 1.5 cm，口内右颊部，翼颌韧带、软腭、舌咽腭弓及咽后壁处黏膜可见广泛性不规则的溃疡，其中央呈凹陷及肉芽肿样增生，表面有淡黄色分泌物及少量白色假膜，无充血及出血点。软腭变短，悬雍垂缺损，两颌下可触及数个黄豆大的淋巴结，无压痛。

辅助检查 CT 扫描示双上肺炎症，双上肺肺大泡改变；两会厌皱襞增厚，右声带表面粗糙。气管镜检查见会厌部肉芽肿样增生，声带增厚、萎缩和声门闭合不全。组织培养及痰培

养发现马尔尼菲青霉(PM)共10次。

1.诊断 马尔尼菲青霉病。

2.诊断依据

(1)该患者曾到过云南参战2年,据报道广西竹鼠为PM的宿主之一。

(2)曾有不明原因发热、咳血史。

(3)口腔溃烂症状经抗感染及抗结核药物治疗无明显效果。

(4)真菌培养检查发现PM。

3.治疗

(1)二性霉素B 5 mg加入5%葡萄糖溶液250 ml~500 ml静脉滴注,每日1次或隔日1次,总量达743 mg,治疗时间达4个月。

(2)5-Fu总量达172 g。

马尔尼菲青霉病是由PM所引起罕见的深部真菌感染。二性霉素B是一种适用于治疗深部真菌感染的抗真菌药物,由于该药使用时间长,需注意药物的不良反应,尤其是对肾脏损害及静脉炎等,可加用激素减少副反应。该药与5-Fu合用,有协同作用,可减少二性霉素B的用量及副作用。一般认为播散性马尔尼菲青霉病的预后较差,死亡率高。

【病案83】

患者,女,2岁3个月。

主诉 口唇部溃烂3 d。

现病史 3 d前患儿发热伴腹泻,家长给服"小儿速效感冒灵"。当天晚上又在厂职工医院诊断为"上呼吸道感染",给予"安痛定"、"鲁米那"、"病毒唑"肌内注射。随后3 h左右,皮肤出现皮疹,口周、肛门溃烂发红,患儿疼痛哭闹。类似情况在8月份、10月份各出现1次,在本院诊断为药物性口炎,进行药物治疗,效果明显。

既往史 过敏体质。

检查 患儿精神尚可。双侧口角糜烂有结痂,口周皮肤发红(紫红色),两侧颊黏膜无溃烂。肛周糜烂,附近皮肤红紫。后背部皮肤正中区有一4 cm×2 cm大小的红斑样病损区,无隆起,上附皮屑。

1.初步诊断 药物过敏性口炎(药物性口炎)。

2.诊断依据

(1)患儿用药后3 h出现皮肤、黏膜病损。

(2)类似病情出现过2次。

(3)按照药物性口炎治疗有效。

3.鉴别诊断

(1)手-足-口病 ①由柯萨奇病毒A_{16}所引起的皮肤黏膜病损;②口腔黏膜、手掌、足底出现散在水疱、丘疹与斑疹,数量不等;③很少发生于颜面部;④无药物过敏史。

(2)多形性渗出性红斑 ①急性非感染性黏膜皮肤病,皮损的靶形红斑多见;②口腔黏膜大面积糜烂面,疼痛剧烈,有血性唾液,唇部渗血,结痂严重,严重影响进食。

4.治疗

(1)停止使用可疑过敏药物。

(2)局部治疗:采用炉甘石水粉涂布皮肤病损,黏膜涂布金霉素甘油。

(3)全身治疗:抗组胺药物,如扑尔敏等。

【病案84】

患者,女,40岁,干部。

主诉 口内溃烂1 d。

现病史 2 d前因感冒不适,口服"复方新诺明"2片,2次/d,24 h后感口腔黏膜有烧灼感,肿胀,溃烂,舌背部呈泡性隆起,不久溃破,疼痛明显,影响说话、进食。

检查 口内黏膜广泛糜烂。舌背部有一1.5 cm×2 cm界限清楚的糜烂面,周边有残余疱壁。颌下淋巴结肿大,压痛。

辅助检查 可疑药物斑贴试验(+)。

1.诊断 药物过敏性口炎(药物性口炎)。

2.诊断依据

(1)有明确的服药史,用药后24 h发病。

(2)口腔黏膜广泛糜烂,舌背典型水疱性损害。

(3)疼痛显著,影响说话、进食。

(4)可疑药物激发试验斑贴法阳性。

3.鉴别诊断

(1)疱疹性龈口炎 ①发病多见于婴幼儿。②有全身反应,急性发作。③全口腔黏膜广泛充血水肿,充血黏膜上出现成簇小水疱,破溃形成浅溃疡,可融合形成大而不规则的溃疡。④疼痛剧烈。⑤取疱液涂片镜检可见病毒损伤细胞,病毒分离和培养,可见单纯疱疹病毒。

(2)创伤性黏膜血疱 ①有咀嚼创伤或急食史。②紫红色血疱常位于颊黏膜殆线处、软腭处血疱大而平坦,易破,破后疱膜覆盖其上。③烧灼样痛,影响说话、进食。

4.治疗

(1)停止使用一切引起过敏的可疑药物。

(2)全身用抗过敏药物及皮质激素,如扑尔敏4 mg/次,3次/d,口服;泼尼松5~15 mg/次,2~4次/d,口服等。

(3)全身支持疗法:补充维生素,补液。

(4)口腔局部使用消炎、防腐、止痛、促进愈合的药物,如珠黄散、养阴生肌散等。

【病案85】

患者,女,23岁,工人。

主诉 唇肿伴唇周小水疱3 d。

现病史 3 d前突感唇部肿胀、厚。唇周及唇红有许多小水疱,瘙痒。疱破有黄色疱液溢出,唇部结痂,张口受限。

检查 上下唇弥漫性肿大,唇红及唇红缘与皮肤移行处有成簇小水疱环绕唇周,可见部分黄色痂壳。

追问病史 10 d前曾因口唇干裂而使用过唇膏，未全身用过任何药物。

1.诊断 接触性口炎。

2.诊断依据

(1)有唇膏应用史。

(2)口唇肿胀，发疱，结痂。

(3)临床过程为迟发性。

3.进一步检查 斑贴试验：患者用过的唇膏斑贴试验(+)，确诊。

4.治疗 同病案84。

【病案86】

患者，男，8岁，学生。

主诉 突发上唇肿胀1 d。

现病史 1 d前到郊区春游，晚上感上唇部肿胀，无疼痛感。

检查 上唇部肥厚翘起，光亮潮红，触诊微硬而富有弹性，无压陷，无压痛，界限不明显。

1.诊断 血管神经性水肿。

2.诊断依据

(1)上唇突发性水肿，微硬而富有弹性。

(2)无压痛，无凹陷，无明显界限，光亮潮红。

(3)可追溯到对某些致敏物质接触史。

3.鉴别诊断 肉芽肿性唇炎：①发病年龄以20～40岁多见；②病程缓慢持久，反复发作；③唇反复肿胀，不能完全恢复原状；④肿胀可波及颊、龈、口底和颜面部；⑤组织病理：上皮下结缔组织内有肉芽肿形成。

4.进一步检查 组织活检显示深层结缔组织内毛细血管扩张充血。

5.治疗

(1)避免与可能致敏物质接触。

(2)抗过敏治疗。

【病案87】

患者，女，20岁，学生。

主诉 皮肤红斑，口腔溃烂10 d。

现病史 10 d前，皮肤(手背、双上肢、背部、下肢)出现红斑，中央有高起水疱，瘙痒，搔抓即破。5 d前口腔内溃烂，眼红，外阴部刺痛感。在外院就诊按"荨麻疹"、"口腔炎"、"结膜炎"给"吗啉胍"、中药(配伍不详)口服。各部位病变痒感明显，口腔伴刺痛。

于发病前1个月左右患"细菌性痢疾"，口服"磺胺嘧啶"1周，"痢特灵"2次，于半月前又服"磺胺嘧啶"2次。

检查 口腔：左颊黏膜大面积糜烂，下唇黏膜呈片状溃烂，唇红缘以外有黑色干痂；眼：双眼球结膜外侧充血明显，略呈红斑样改变。外阴：右侧大阴唇内侧黏膜充血性红斑，

中心有小水疱；右侧小阴唇有一溃疡，周围充血，表面有黄色假膜。皮肤：双上肢、手背、背部、下肢、面颊部、颈部皮肤有多发性红斑，大小不等，形态不一，面积为 1 mm×1 mm～3 cm×5 cm，中心区有粟粒大小透明小水疱，类似“虹膜”或“靶环”。

1.诊断 重型多形渗出性红斑(重型多形性红斑)。

2.诊断依据

(1)急性发作，发病多见于青少年。

(2)有口腔唇红部的糜烂伴血痂及颊黏膜大面积糜烂性损害。

(3)皮肤：皮肤多部位红斑性损害，并有典型的“虹膜”或“靶状”红斑，痒感明显。

(4)眼部：双眼球结膜红斑样损害。

(5)外阴：右侧大阴唇有典型的红斑样损害，右侧小阴唇溃疡性损害。

3.鉴别诊断

(1)药物性口炎 ①有明显的药物应用史。②发病突然，通常在用药后 24～48 h 后发病。③口腔黏膜损害为肿胀、糜烂，唇部也可发生糜烂、结痂，但少有厚血痂。④皮损为多形性损害，但无虹膜状损害。

(2)天疱疮 ①发病多见于中老年人。②病情逐渐发展呈慢性经过。③皮损以躯干部多见，表现为外观正常的皮肤上出现大小不等的薄壁松弛水疱，易破，尼氏征(+)。④口腔病损为圆形大疱，单个或广泛发生，大小不等，易破露出鲜红糜烂面，边缘扩展现象(+)。⑤无自限性，预后不佳。

(3)类天疱疮 ①皮肤反复形成大疱，较丰满，疱壁厚，不易破裂，不向周围扩展，易愈合。②口腔损害为口腔内水疱，破裂后形成红色剥脱面，不向四周扩大。③尼氏征(－)。④组织病理为上皮下疱，无棘层松解。

(4)白塞病 ①皮损为结节性红斑，针刺可出现脓疱或丘疹，面部反复出现毛囊炎或痤疮。②口腔损害为口腔内散在的浅小溃疡或深大溃疡。③眼部损害为虹膜睫状体炎或结膜炎、脉络膜炎。④生殖器及肛周为单个或多个溃疡或糜烂。⑤多伴有发热不适、关节疼痛，免疫功能检查多有异常。⑥病程长，反复发作，迁延不愈。

4.进一步检查 组织病理检查细胞内水肿，表皮下疱，血管炎伴红细胞渗出，淋巴细胞浸润。

5.治疗

(1)祛除可疑的致病因素。

(2)全身支持疗法，补充维生素，补液，给予高蛋白易消化的流质饮食。

(3)全身用抗组胺药物，如扑尔敏、息斯敏、苯海拉明。重症者全身用皮质激素。

(4)口腔局部使用消炎、止痛、促进愈合的药物。

(5)皮肤保持干燥，防止感染，可用5%炉甘石洗剂；大水疱抽吸疱液，糜烂渗出时，应湿敷创面。

(6)眼部损害用生理盐水清洗，外涂四环素、泼尼松软膏或硼酸软膏。

(7)局部或全身用抗生素，以控制感染。

【病案 88】

患者,女,35岁,工人。

主诉 全身皮疹、瘙痒20 d伴口腔溃烂、手足红斑2 d。

现病史 20 d前因头痛口服"卡马西平"0.1 g,3次/d。第14 d时,全身皮疹伴瘙痒。在当地医院诊断为"过敏性皮炎"。用氢化考的松200 mg静脉滴注3 d,效果不明显。皮损进一步加重,出现水疱;眼、口腔、生殖器溃烂,手、足、躯干出现红斑水疱而就诊。

检查 体温37.8 ℃,心率88次/min,血压15/10 kPa,急性痛苦病容,倦怠无力,神志清楚。皮肤:双手掌、双足底可见对称分布的圆形红斑,中央有透明粟粒大小水疱,面颊、躯干、四肢均见密集的1~2 cm直径的圆形或椭圆形红斑,中央有直径为0.5~0.8 cm的水疱,部分破溃,有渗出液。眼:眼睑轻度水肿,结膜充血。口腔:两颊、腭大面积糜烂,部分可有红斑性损害;唇红糜烂有黑色血痂覆盖,张口受限,唾液稠而有臭味。外阴:大阴唇内侧黏膜糜烂,可见有直径为1.5~2 cm的大小的红斑。

实验室检查 血红蛋白125 g/L,白细胞计数11.2×10^9/L,分类中性粒细胞0.65、淋巴细胞0.3、单核细胞0.05。肝功能检查、B超检查均无异常发现。

1.诊断 多形渗出性红斑(重型或称斯-约综合征,Stevens-Johnson syndrome)。

2.诊断依据

(1)有明显的全身症状。

(2)皮肤呈红斑性损害,有典型的靶状红斑。

(3)口腔黏膜广泛糜烂,唇红糜烂伴黑色血痂覆盖。

(4)眼结膜充血。

(5)外阴糜烂伴红斑性损害。

3.鉴别诊断 白塞病:①口腔反复发生溃疡,大小、数目不等,通常为本病最早出现的体征。②眼部有结膜炎、角膜炎等炎症性损害。③皮肤典型损害为四肢对称性的结节性红斑,以及毛囊炎、疖肿,可有皮肤针刺反应。④生殖器有反复发作的溃疡性损害。⑤可伴有不对称的膝、腕、肘、踝等大关节疼痛,血管炎,脂肪肝以及中枢神经系统症状。

4.进一步检查 斑贴试验:病情得到控制后,做可疑药物的激发试验,结果卡马西平呈强阳性反应,从而确诊。

5.治疗

(1)停止使用可疑致敏药物。

(2)全身支持疗法。

(3)抗组胺药物口服或肌内注射。

(4)10%葡萄糖酸钙加抗坏血酸0.5~1.0 g,缓慢静脉推注,每日1次,减少渗出。

(5)全身给予肾上腺皮质类固醇激素及抗生素、能量合剂。

(6)眼部损害用四环素、可的松眼膏。

(7)口腔内糜烂用消炎、防腐、止痛含漱液及中成药粉剂涂洒。

(8)生殖器损害用1/5 000高锰酸钾溶液坐浴治疗。

【病案89】

患者,女,14岁,学生。

主诉 皮肤起疱，疼痛，张口受限伴外阴溃烂 4 d。

现病史 4 d 前因牙痛口服"牙痛安"，1 片/次，3 次/d。昨天觉眼、口、鼻腔灼热、瘙痒。今天眼、口、鼻腔、外阴开始糜烂，皮肤出现红斑、水疱，易破，疼痛明显。张口受限、伴有低热、乏力、咽痛而就诊。

检查 体温 38 ℃，心率 90 次/min，呼吸 24 次/min，血压 14/9 KPa。表情痛苦，神志清楚，查体合作。耳后淋巴结肿大。眼、鼻腔、口腔、外阴部有大小不等云片状糜烂，糜烂渗出及脓性分泌物。全身皮肤有大量暗红色斑，部分融合成片，红斑基础上有直径 0.6～3 cm 大的松弛性水疱。尼氏征(+)。疱液清，色淡黄，易破，而形成红色糜烂面，触痛明显。

实验室检查 白细胞计数 $13.0\times10^9/L$，分类中性粒细胞 0.80，淋巴细胞 0.12，嗜酸性粒细胞 0.08。尿常规，粪常规，血清钾离子、钠离子检查均正常。

1.诊断 中毒性表皮坏死松解症(莱氏综合征，Lyell syndrome)。

2.诊断依据

(1)有明确的药物应用史。

(2)起病急骤，全身中毒症状重。

(3)全身有广泛红斑、水疱、大疱，尼氏征阳性、疱易破，留下大片红色糜烂面。

(4)所有体窍黏膜(眼、鼻、口、外阴)糜烂，渗出。

3.进一步检查 组织病理检查：取新鲜水疱活检示为表皮下大疱，疱顶表皮坏死；真皮浅层水肿；血管周围淋巴细胞及嗜中性白细胞浸润。

4.治疗 同病案 87。

【病案 90】

患者，男，16 岁，农民。

主诉 双唇、皮肤溃烂 7 d。

现病史 7 d 前无诱因患者开始发热，体温最高达 39 ℃，双唇红肿、出疱继而开始溃烂，疼痛剧烈，饮食、吞咽、吐涎等动作极为困难。同时全身皮肤相继出现红色斑疹、起疱继而破溃。曾在当地卫生院予以"青霉素针剂"、"清开灵胶囊"、"维生素 C"片(药量不详)以及局部"紫药水"外涂进行治疗。未见好转，病情进一步加重，来我院急诊。发病以来，不能进食，睡眠差，小便色黄，量少，大便 7 d 内计 2 次。

既往史 患者以往身体健康，未曾患红斑狼疮等疾病。

家族史 父母及哥妹均健康。

检查 体温 36.8 ℃，发育正常，营养不良，精神差，急性痛苦病容，神志清楚。颜面、手、足、躯干及四肢皮肤均可见对称性灰褐色斑状病损，斑上可见疱破溃后遗留的痂皮。外生殖器亦可见灰褐色痂皮。双眼结膜充血，眼角有大量分泌物堆积。口腔黏膜病损较重，双唇肿胀、糜烂、出血明显，上覆高低不平的血痂以及黄褐色的脓痂。双颊及舌部因双唇粘合而未能检查。双颌下淋巴结触之肿大。尼氏征(－)。

血常规检查 血红蛋白 110 g/L，白细胞计数为 $7.4\times10^9/L$，分类中性粒细胞 0.72，淋巴细胞为 0.28。

1.初步诊断 多形渗出性红斑(重型)。

2.诊断依据

(1)起病急骤,病程较短。

(2)口腔损害为大面积糜烂、唇红糜烂伴厚血痂。

(3)皮肤损害为对称性的多种形态的斑样损害。

(4)外生殖器及眼睛亦可见病损。

3.鉴别诊断

(1)药物过敏性口炎　有明确的用药史,唇部很少有厚血痂,一般无皮肤损害。

(2)寻常型天疱疮　为慢性疾病,炎症反应一般较轻,口腔病损探诊试验,尼氏征(+)。病损是在外观正常的皮肤上出现大疱。

(3)瘢痕类天疱疮　老年病人多见,患病部位不定,可在胸、腋下、四肢屈侧,多见牙龈剥脱、出血,尼氏征(+)。

(4)糜烂型扁平苔藓　常表现在牙龈,少见于唇部,呈剥脱状,颜色鲜红,触之出血,其邻接区或口腔其他部位可查见白色条纹。

4.诊疗计划

(1)分析和追溯发生变态反应的可疑因素,并尽快予以纠正。

(2)给予抗组胺药物,如扑尔敏、息斯敏等。

(3)应用肾上腺皮质类固醇,具有抗炎症、稳定溶酶体与抑制免疫反应作用。

(4)支持治疗,如维生素C针剂加葡萄糖溶液静脉滴注。高蛋白流质饮食。

(5)局部治疗,使用消炎防腐止痛类药物含漱、涂布、湿敷,使用波姆光照射。

(6)使用中成药,如防风通圣丸、藿香正气胶囊、龙胆泻肝丸、连翘败毒丸等。

【病案91】

患者,男,40岁,工人。

主诉　口腔反复溃疡10年,近3 d溃疡复发,疼痛。

现病史　10年前口腔开始发生溃疡,以后反复发作,间隔7~8 d 1次,发作1~2周。近2年几乎呈持续性发作,此起彼伏,每次多处发生。曾用药“维生素C”、“牛黄解毒片”等,效果不显著,本次发作3 d,口内多处小溃疡,灼痛明显,影响说话、进食,口内唾液黏稠,有轻度臭味。

检查　体温37.6 ℃。舌缘、上下唇黏膜、颊部散在分布粟粒大小的溃疡,数目有20多个,圆或椭圆形,口腔黏膜充血明显,溃疡表面有黄色假膜覆盖。颌下淋巴结肿大。

1.诊断　疱疹样口疮(口炎型口疮)。

2.诊断依据

(1)反复发生口腔溃疡。

(2)溃疡小,数目多,散在分布于口腔黏膜角化程度较差的区域。

(3)口腔黏膜充血,灼痛明显,唾液黏稠,有非特异性口臭。

(4)伴有低热全身症状。

3.鉴别诊断　疱疹性龈口炎:①多发生于婴幼儿,成人少见;②口腔黏膜、牙龈广泛充血,上有成簇小水疱,疱破形成浅小溃疡,融合成大而浅表、形态不规则溃疡,无散在性;③

患儿有明显的全身症状，如发热、拒食、哭闹等。

4.进一步检查

(1)组织病理学检查为非特异性炎症。

(2)做免疫功能检查与微量元素测定，以便寻找病因及指导临床治疗。

5.治疗

(1)局部治疗，消炎、止痛，使用促进愈合的药物。如1/5 000洗必泰漱口水漱口，珠黄散或养阴生肌散外涂。

(2)补充维生素及微量元素。

(3)全身免疫调节治疗。免疫增强剂：转移因子、左旋咪唑、胸腺素、胎盘脂多糖。

【病案92】

患者，男，37岁，工程师。

主诉 口腔反复溃疡20年。

现病史 20年来口腔反复发生溃疡。近4年来，溃疡面积增大，糜烂增深，愈合后留瘢痕。愈合时间一般需1～2个月。曾用多种抗生素、维生素和中药，疗效不佳。3 d前左颊部出现一深大溃疡，局部肿胀，疼痛剧烈。

检查 左颊黏膜上有一较大的深溃疡，约1.5 cm×2 cm，中央凹陷，周边部隆起呈瓣状，色紫红，溃疡表面有黄白色假膜覆盖，溃疡周围组织充血明显，触诊基底部较硬。下唇内侧、舌中央有白色瘢痕。悬雍垂有组织缺损，呈弯月状凹陷，并可见瘢痕。区域淋巴结肿大。

1.诊断 重型(大型)口疮(复发性坏死性黏膜腺周围炎或腺周口疮)。

2.诊断依据

(1)口腔长期反复发生溃疡。

(2)溃疡位置不定。

(3)溃疡深大，愈合后遗留组织缺损、瘢痕。

3.鉴别诊断

(1)癌性溃疡 ①发病多见于老年人。②溃疡呈“火山口”状，边缘隆起，基底硬结、增生。③早期无痛，后期疼痛渐加重。④无复发史，病程无自限性。⑤组织活检可见癌细胞。

(2)结核性溃疡 ①任何年龄均可发病，中青年多见。②常伴有肺结核体征，如咳嗽、咯痰、发热、盗汗、乏力、消瘦等。③溃疡较浅，边缘有倒凹，呈鼠啮状，底部有肉芽组织及坏死物质。④溃疡早期即有明显自发痛。⑤活检可见结核性肉芽肿、缺血性坏死、郎罕细胞。

(3)坏死性涎腺化生 ①发病部位主要见于硬腭或软硬腭交界处，其他有黏液腺或浆液腺的部位也可发生。②好发于男性。③初起时为一隆起的肿块，以后形成溃疡。④溃疡较大，深及骨面，圆形或不规则，界清，表面有肉芽组织，边缘充血。⑤组织活检可见邻近梗死区的小涎腺导管和腺泡广泛的鳞状化生。

4.进一步检查 组织病理检查非特异性炎症。

5.治疗　治疗原则同口炎型口疮。若溃疡大而深、长期不愈合、疼痛明显，用皮质激素局部封闭；2.5%醋酸泼尼松龙混悬液 0.5～1.0 ml，加入 1%普鲁卡因 0.5～1.0 ml，以浸润方式注射于溃疡下方，可促进溃疡愈合。根据免疫功能测定情况酌情选择免疫增强剂或抑制剂。

【病案 93】

患者，男，30 岁，农民。

主诉　口腔反复溃烂 1 年。

现病史　于 1 年前无明显诱因口腔黏膜开始溃烂。一般病程约 2 个月，基本上连续不断，无间歇期，数目 2～3 个，疼痛明显，面积较大。曾在当地门诊诊断为"口腔溃疡"，予以"复合维生素 B"、"制霉菌素"、"罗红霉素"、"聚肌胞"、"转移因子"、"胸腺肽"等治疗，效果不佳。遂来我院门诊。患者发病以来纳差，大便干结，睡眠尚可。

既往史　病人以往患过结核病，已治愈。

家族史　否认家族中有类似病史。

检查　慢性病容，上唇黏膜可见约 0.2 cm×0.3 cm 大小溃烂面，上覆黄色假膜，周边红润，凹陷不明显。下唇黏膜近右侧口角处可见约 0.2 cm×0.1 cm 大小溃烂面，覆有灰黄色假膜，凹陷明显，附近遗留瘢痕组织。右侧咽旁处可见约 1.0 cm×0.7 cm 大小溃疡面，边缘尚规则，周围组织红肿且微显隆起，扪之较硬，附近可见灰白色条索状瘢痕组织。触两侧颌下淋巴结肿大。

血常规检查　血红蛋白 130 g/L，白细胞计数 5.2×10^9/L，分类中性粒细胞为 0.71，淋巴细胞 0.29。

免疫血清学检查　IgG 为 16.86 g/L，IgA 为 1.823 g/L，IgM 为 1.340 g/L。

病理检查　纤维结缔组织有大量淋巴细胞、浆细胞浸润，深至黏膜腺组织，部分黏膜腺被炎症破坏。

1.初步诊断　复发性口疮(重型)。

2.诊断依据

(1)右侧咽旁处可见约 1.0 cm×0.7 cm 大小溃烂面，边缘规则，覆有黄白色假膜，周围组织红肿且微显隆起，扪之较硬。

(2)溃疡持续约 2 个月，愈后留下瘢痕。

(3)病理检查示纤维结缔组织大量淋巴细胞、浆细胞浸润，深至黏膜腺组织，部分黏膜腺被炎症破坏。

3.鉴别诊断

(1)创伤性溃疡　有明显的局部创伤因素，溃疡形状多不规则，溃疡在去除刺激后于数天内愈合。无复发病史。

(2)恶性肿瘤　多发生于老年人，溃疡深在，呈菜花状，边缘硬且向周围组织浸润。无自限性，经久不愈。全身情况弱或呈恶病质。病理检查可见癌变组织、细胞。

(3)结核性溃疡　溃疡形状不规则，边缘呈潜掘状，溃疡底部有暗红色桑葚样肉芽组织增生，常经久不愈。全身常有肺结核体征。病理检查可见特征性的结核性肉芽肿。

4.诊疗计划

(1)积极检查治疗相关的全身性疾病(特别是消化、内分泌等系统的疾病)。

(2)药物治疗

1)全身用药　免疫调节剂如多抗甲素、左旋咪唑、聚肌胞、转移因子等。服用维生素及微量元素制剂,如施尔康、维生素B族、维生素C、21金维他片等药物。

2)局部用药　含漱剂如溃疡含漱液、佳运口腔宝,其他如溃疡贴膜、宁康口内胶。

3)中成药　如知柏地黄丸、复方丹参片、昆明山海棠片、雷公藤多甙片等。

4)用药原则　全身治本,尽量减少溃疡复发,延长间歇期;局部对症,促进溃疡愈合,缩短发病期;辅以治疗全身性疾病的药物。

5.预防

(1)保持心情舒畅,树立战胜慢性疾病的信心。

(2)生活要有规律,保证充足的睡眠时间。

(3)饮食清淡,少食酒、海鲜及辛辣食物。

(4)注意口腔卫生,避免在刷牙或食用硬性食物时损伤口腔黏膜。

(5)养成定时排便习惯,防止便秘。

【病案94】

患者,男,36岁。

主诉　口腔溃烂5月余。

现病史　5年前始自觉口腔溃疡,经服中草药及使用外贴药,自愈。间隔1年后,口腔溃疡再次发作,经贴外敷药及服中草药,又愈合。5个月前,口腔溃疡又一次发作,曾给予输液(药物不详)症状减轻,间隔半个月后,又发作1次,经某诊所治疗,症状未减轻,反而加重,故来我院就诊。大便正常,睡眠差,纳差。

既往史　扁桃体炎。

检查　口腔卫生状况差,右颊部可见约2.0 cm×1.0 cm大小的溃疡面,深约0.4 cm,似弹坑状。舌腹右侧及左颊黏膜、咽腭弓(双侧)可见大小不等的溃疡面,触痛,双侧软腭可见溃疡愈合后瘢痕,双侧扁桃体肿大Ⅱ度,充血。

血常规检查　血红蛋白120 g/L,白细胞计数8.9×10^9/L,分类中性粒细胞0.64,淋巴细胞0.36。

1.初步诊断　重型口疮(复发坏死性黏膜腺周围炎或腺周口疮)。

2.诊断依据

(1)口腔溃疡病史。

(2)溃疡病损特征。

3.鉴别诊断

(1)恶性肿瘤　①多见体质弱或恶病质的老年人;②溃疡周围浸润广且较硬;③溃疡底部呈菜花状;④溃疡不愈合,无自限性;⑤活检存在癌变细胞。

(2)结核性溃疡　①中、青年居多,有肺结核体征;②溃疡深在,边缘呈潜掘状;③溃疡底部呈暗红色肉芽状;④溃疡无自限性;⑤活检可发现郎罕细胞。

(3)坏死性涎腺化生　①发生在小涎腺的良性、自限性病变;②多见于硬腭或软、硬腭交界处;③溃疡深且面积较大,圆形或不规则,周围界限清楚;④活检病理特征为邻近梗死区的小涎腺导管和腺泡有广泛的鳞状上皮化生。

(4)疱疹性口炎　①有疱疹期和前驱症状;②溃疡较小且数目多,发生融合后溃疡增大呈多环状;③疼痛难忍,唾液增多。

4.治疗

(1)局部治疗　2.5%醋酸泼尼松龙混悬液1.0 ml,加2%利多卡因注射液1 ml,以浸润方式注射于溃疡下方。

(2)全身治疗　上臂内侧注射转移因子2 ml,每周2次。

【病案95】

患者,男,33岁,园艺师。

主诉　口腔黏膜反复溃疡7年余。

现病史　7年前无明显诱因口腔开始反复溃烂,每次溃烂病程约20 d,间歇期十余天,数目2~3个,面积绿豆大小。曾在其职工医院给予"甲硝唑"、"华素片"、"安比先胶囊",效果不明显。发病以来,睡眠欠佳,饮食可,大便不干。

既往史　抽烟史7年,长期出差史。

家族史　母亲有类似病史。

检查　舌尖部黏膜存在绿豆大小的散在溃疡面,呈圆形,中央稍凹陷,周缘红润,中央区覆有假膜,余黏膜未见异常。┌6 船面龋坏,探诊(-),冷刺激试验(-),热刺激试验(+)。

血清免疫学检查　IgG 10 g/L,IgA 3.36 g/L,IgM 1.89 g/L,C_3 0.86 g/L,C_4 0.555 g/L,T_{LC} 0.71,T_H 0.48,T_S 0.24。

1.诊断

(1)复发性口疮(轻型)。

(2)┌6 牙髓充血。

2.诊断依据

(1)口腔溃疡反复发作史。

(2)溃疡病损特征。

3.鉴别诊断

(1)恶性肿瘤　①多见老年人;②溃疡周围浸润广且较硬;③溃疡底部呈菜花状;④溃疡不愈合,无自限性;⑤活检存在癌变细胞。

(2)结核性溃疡　①中、青年居多,有肺结核体征;②溃疡深在,边缘呈潜掘状;③溃疡底部呈暗红色肉芽状;④溃疡无自限性;⑤活检可发现郎罕细胞。

(3)坏死性涎腺化生　①发生在小涎腺的良性、自限性病变;②多见于硬腭或软、硬腭交界处;③溃疡深且面积较大,圆形或不规则,周围界限清楚;④活检病理特征为邻近梗死区的小涎腺导管和腺泡有广泛的鳞状上皮化生。

(4)疱疹性口炎　①有疱疹期和前驱症状;②溃疡较小且数目多,发生融合后溃疡增

大呈多环状;③疼痛难忍,唾液增多。

4.治疗

(1)局部治疗　目的是消炎、止痛并促进愈合。使用金霉素药膜和1%普鲁卡因液。

(2)全身治疗　有针对性的病因治疗。使用免疫增强剂:左旋咪唑片,连服2 d,每日150 mg,停药5 d,4周为一疗程。

【病案96】

患者,女,40岁,农民。

主诉　口腔反复溃烂5年伴皮肤反复炎症1年。

现病史　5年前无明显诱因开始口腔溃烂,病程半月,间歇期4~5 d,数目6~7个;面积绿豆大,疼痛明显。曾在当地卫生院予以消炎药、中草药(药名药量不详)口服,效果不佳。近1年来发现皮肤在打针或输液后,进针部位常出现炎症或化脓现象,外阴部亦有反复溃烂史,双眼经常发炎并有视物模糊现象。来我院就诊。患者自发病以来睡眠欠佳,纳差,大便每日2~3 d 1次。

既往史　患者既往有慢性胃炎、风湿病、痔疮病史。

家族史　父母均已病故。子女健康。

检查　慢性痛苦病容,营养不良,精神倦怠。双唇、龈、舌侧缘均见散在溃烂面,直径2~3 mm,上覆假膜,周边黏膜红色。咽旁及舌侧缘可见瘢痕遗留。口腔卫生条件差。手背处可见针眼,皮肤红肿。外阴部可见溃疡遗留瘢痕区,灰白色,约0.5 cm×1 cm大小;针刺反应(+)。

血常规检查　血红蛋白80 g/L,白细胞计数为4.2×10^9/L,分类中性粒细胞0.64,淋巴细胞0.36;出血时间为1 min,凝血时间为3 min;血小板计数为75×10^9/L。

免疫血清学检查　IgG 25 g/L,IgA 3.36 g/L,IgM 4.051 g/L,C_3 1.17 g/L,C_4 1.109 g/L,T_H 0.41,T_S 0.23,T_{LC} 0.58。

1.初步诊断　白塞病。

2.诊断依据

(1)复发性口腔溃疡病史5年。

(2)有复发性外阴部溃疡病史。

(3)皮肤针刺试验(+)。

3.鉴别诊断

(1)克隆病　是消化道的一种慢性特异性肉芽肿性疾病,好发于青壮年男性。全身症状有腹痛、腹泻、便血。午后低热、乏力、体重减轻。口腔表现为在唇或颊、腭、咽等处发生溃疡、小结节,牙龈及牙槽嵴上为增生、发红或呈肉芽肿样颗粒状。

(2)复发性口疮　仅见口腔病损,无皮肤及生殖器等病变。针刺反应(-)。

(3)疱疹性口炎　该病也常反复出现口腔溃疡,但溃疡数目多而小,其基底部充血,一般成簇聚集。无皮肤、眼、外阴等病损。

4.诊疗计划

(1)局部治疗　如用宁康口内胶在口腔局部涂布,0.5%醋酸氢化可的松眼液滴眼,洗

必泰液或百合口腔宁漱口。外阴溃疡可用1/5 000高锰酸钾坐浴，再用四环素可的松眼膏涂布进行治疗。

(2)全身治疗 应用肾上腺皮质激素是治疗该病的主要手段，如用泼尼松片；秋水仙碱有镇痛及抗炎作用；反应停可试用。

(3)中成药 如雷公藤片、昆明山海棠、龙胆泻肝丸、知柏地黄丸等。

【病案97】

患者，男，22岁，工人。

主诉 口腔反复溃疡5年，伴皮肤结节、眼部不适、生殖器溃烂半年。

现病史 5年来，口腔反复发生溃疡，每次发作口内黏膜多处溃烂，不能说话、进食。在当地诊所静脉滴注青霉素加地塞米松，药量不详，一般5 d可控制症状。半年来，面部、四肢反复出现红色斑块，有触痛。同时有眼部充血、不适及生殖器反复溃烂。针刺部位有小脓疱出现，左肩关节间歇性疼痛伴肩部皮肤毛囊炎。

检查 体温37.3 ℃。舌及唇内侧黏膜有7个粟粒大小溃疡，左颊有一1 cm×1.5 cm的浅表溃疡。右颊有一1.5 cm×1.5 cm深溃疡，边缘形状不规则，似"弹坑状"。口内黏膜充血明显，溃疡表面覆黄白色假膜。颈项至肩背部有多个毛囊炎样皮损，部分皮疹顶端有小的脓头。阴囊处见有3个直径约0.5 cm的深在性溃疡，表面有分泌物，触痛明显。右侧臀部注射处有粟粒大小的脓疱，周围有红色充血环。双下肢胫前至踝周散在性直径1～1.5 cm大小结节性红斑，新鲜的色红，陈旧性的呈暗红色，有压痛。眼科检查：右眼结膜充血。皮肤针刺试验(+)。

实验室检查 白细胞计数20.4×10^9/L，分类中性粒细胞0.85，淋巴细胞0.15，红细胞沉降率85 mm/h。尿常规、粪常规、胸部X射线检查均正常。口腔、阴囊部溃疡分泌物涂片及颈部脓疱做真菌培养和细菌培养均为(－)。

组织病理检查 取溃疡活检结果示血管内有玻璃样栓塞，管周有类纤维蛋白沉积及单核细胞、多形核白细胞浸润。

1.诊断 白塞病(白塞综合征或口、眼、生殖器、皮肤四联症，完全型)。

2.诊断依据

(1)口腔反复发生溃疡性损害。

(2)眼结膜充血。

(3)生殖器反复溃疡。

(4)皮肤有结节性红斑、毛囊炎、皮肤针刺反应(+)

(5)伴有肩关节疼痛症状。

3.鉴别诊断

(1)克隆病 ①是消化道的一种慢性特异性肉芽肿性疾病，又名局限性肠炎或肉芽肿性肠炎。②溃疡可发生于消化道的任何部位，但以小肠和结肠溃疡多见。③有明显的腹痛、腹泻、便血、肠梗阻、肠穿孔等症状。④口腔表现为在唇、颊、腭、咽等处发生溃疡、小结节，颊部溃疡往往较深，牙龈增生。⑤有复发性口疮或牙龈增生并经常腹痛者，应作肠道检查及活检以早期诊断。

(2)复发性口疮　仅有口腔内反复发作的溃疡性损害，而无皮肤、生殖器、眼等部位的损害，预后较好。

(3)急性疱疹性龈口炎　①仅有口腔的疱疹性损害及口周皮损，而无其他部位损害。②发病多见于婴幼儿。③在充血的口腔黏膜上发生成簇小水疱，疱破形成圆形小溃疡，融合形成不规则大面积糜烂。④口周皮肤表现为成簇小水疱，疱破形成痂壳。⑤病程 7～10 d。

4.治疗

(1)局部治疗　①口腔溃疡用 0.1%醋酸氟羟泼尼松软膏或宁康口内胶涂布。②0.5%醋酸氢化可的松滴眼液滴眼。③外阴溃疡用 1/5 000 高锰酸钾每晚坐浴，再用皮质激素软膏涂于溃疡面进行治疗。

(2)全身治疗　是治疗该病的主要手段。①轻型：泼尼松 20～30 mg/d；重型：60～80 mg/d，每日早晚 2 次服用或间日上午 1 次服用。②三联用药：在用皮质激素同时用环磷酰胺和硫唑嘌呤，二者均为 25 mg，2 次/d，口服，10 d 为一疗程。③雷公藤总甙：1 mg/(kg·d)，3 次/d，口服，使用于免疫功能亢进者。④免疫增强剂：酌情选用左旋咪唑、胸腺素、转移因子、聚肌胞、脂多糖、多抗甲素等药物。⑤口服维生素 B_2、C 及锌制剂。

【病案 98】

患者，女，32 岁，干部。

主诉　膝关节间歇性疼痛 10 余年，口腔反复溃疡 3 年，外阴部溃疡 2 月。

现病史　10 年前，右膝关节出现疼痛，呈间歇性发作。3 年前不明原因口腔内发生多处小溃疡，浅表，愈后又可再发。1 年前，皮肤针刺部经常发生小脓疱。患者曾在当地医院诊断为“阿弗他性溃疡”，经药物治疗，疗效不明显。2 月前，患者外阴部溃烂，灼痛不适。

检查　口腔舌缘、下唇内侧、左颊部各有一浅小溃疡，周围有红色充血环，表面有黄色假膜覆盖。臂部可见针刺后继发脓疱愈合后形成的瘢痕及色素沉着。外阴部大阴唇内上有一 1.5 cm×1 cm 的溃疡，表面有渗出物。右膝关节稍肿大。

1.诊断　白塞病(不完全型)。

2.诊断依据

(1)口腔反复发生溃疡。

(2)皮肤针刺反应阳性史。

(3)外阴部反复溃疡。

(4)膝关节肿大疼痛。

鉴别诊断及治疗见病案 97。

【病案 99】

患者，女，65 岁，退休工人。

主诉　戴假牙后反复出现口底部疼痛 2 个月。

现病史　2 月前在外院镶下半口义齿，3 d 后口底部疼痛，取下义齿，1 周后疼痛消失，

义重新戴义齿。几天后又出现口底部疼痛，反复如此多次，前来就诊。

检查　嘱病人取下义齿后发现舌系带附着处黏膜充血，系带附着处有一线状溃疡，约 2 cm×0.2 cm，周边有组织增生。当病人戴上义齿后，义齿舌侧基托边缘正好压迫于溃疡处。

1.诊断　创伤性溃疡。

2.诊断依据

(1)病损与刺激物相接触。

(2)溃疡外形与刺激物形状相吻合。

(3)长期摩擦周围组织有增生。

(4)去除局部刺激因素，溃疡可很快愈合。

3.鉴别诊断

(1)复发性口疮(轻型)　①无明显病因的口腔反复溃疡。②溃疡形态为圆或椭圆形。③溃疡有自限性，一般 7～14 d 可愈合，但可复发。

(2)癌性溃疡　①发病多见于 40 岁以上男性。②溃疡发生无明显病因。③溃疡形状呈"火山口"状，基底有硬结。④早期无痛，后期疼痛逐渐加重。⑤无自限性，预后极差。⑥活体组织检查可见癌细胞。

(3)腺周口疮　①溃疡常为单个大溃疡，状似"弹坑"，中央凹陷，边缘不规则隆起呈瓣片。②愈合慢，灼痛明显，愈合后可再复发。③无明显的局部刺激因素。

(4)结核性溃疡　①溃疡经久不愈。②溃疡边缘微隆起呈鼠啮状，其表面有暗红色针头大小的颗粒状肉芽组织，似桑葚，基底柔软无硬结，外形不规则，表面覆盖灰黄色污秽渗出物。③常伴有其他部位结核病或结核病史。④病变区涂片或结核菌培养可查到结核菌。⑤活检为结核性肉芽肿。

4.治疗

(1)首先祛除局部刺激因素，磨改不合适的修复体。

(2)溃疡局部用消炎、止痛、防腐的含漱剂药膜、中成药散剂外用。

【病案 100】

患者，女，43 岁，干部。

主诉　左下牙龈胀痛 5 d。

现病史　7 d 前因左下牙痛而就某牙科诊所就诊，经治疗，牙痛好转，而后牙龈出现肿痛，口内有异味。

检查　$\overline{|5}$ 𬌗面有白色充填物，叩诊(－)，冷热刺激试验(－)。$\overline{|5}$ 唇侧牙龈呈灰褐色，探无痛，唇侧龈下牙颈部龋坏，可探及髓室，龈沟内发现有黑色的物质。

嘱病人取外院诊治病历，记载如下。主诉：左下后牙痛 2 d。现病史：2 d 前突发左下后牙痛，放射至左侧全部牙，进食冷热食，疼痛加剧。检查：$\overline{|567}$ 牙冠完整，无龋坏，叩诊(－)，冷热试验 $\overline{|67}$ (－)，$\overline{|5}$ (＋＋)。诊断：$\overline{|5}$ 牙髓炎。处理：$\overline{|5}$ 局部麻醉下开髓、封"三氧化二砷"，24 h 复诊。复诊：$\overline{|5}$ 取出失活剂，封"FC 球"，7 d 复诊。

1.诊断　牙龈化学性损伤。

2.诊断依据

(1)因牙痛在外院治疗,封三氧化二砷失活剂。

(2)封药后,该患牙唇侧牙龈出现肿痛,呈灰褐色。

(3)在患牙唇侧龈沟内发现残留的砷失活剂。

(4)|5 唇侧牙颈部龈下龋坏,与髓室相通。

3.治疗

(1)立即取净残留的失活剂,用3%H_2O_2溶液、生理盐水交替冲洗。

(2)用锐利挖匙挖去坏死的牙龈。

(3)表面涂碘甘油。

(4)局部暂封碘仿小棉球,3 d复诊。

【病案101】

患者,男,55岁,干部。

主诉 口腔黏膜溃烂半年,伴皮肤水疱1个月。

现病史 于半年前不明原因出现口腔黏膜疼痛,进食刺激性食物,疼痛加重。在当地医院就诊,发现口腔内多发性水疱和糜烂,诊断为"口腔炎"。曾服用多种抗菌素和维生素,疗效不明显。1个月前,颈背部皮肤出现大水疱,轻微疼痛,易擦破,当地医院给予中药治疗半个月无效。

体检 患者瘦弱,口内唇、颊、舌、软腭、口底、牙龈广泛性糜烂,口唇部有2个完整水疱,直径约1 cm,疱壁薄,压迫疱顶部向四周扩展。部分破溃的水疱周边有残留的疱壁,夹住残余疱壁,顺利揭去一大片,病人略感疼痛。背部、颈部皮肤有大小不等的多个水疱,直径1~3 cm,部分水疱破溃,可见红色糜烂面,部分已结痂。用手指加压外观正常的皮肤,有水疱形成。

1.诊断 寻常型天疱疮。

2.诊断依据

(1)发病多见于40~60岁。

(2)慢性病程,反复发作。

(3)唇、颊、舌、软腭、口底、牙龈广泛糜烂,唇部水疱性损害,揭疱壁试验(+)。

(4)颈、背部皮肤疱性病损,尼氏征(+)。

3.鉴别诊断

(1)多形红斑 ①发病中青年多见。②起病急骤,病程短暂。③口腔黏膜表现为大面积糜烂,唇口糜烂伴黑色血痂。④皮肤损害为多种形态的红斑,或在红斑基础上出现水疱,典型的红斑为"靶状",多见于手掌与足底。⑤有自限性,一般病程为2~4周,可复发。

(2)疱疹性口炎 ①本病婴幼儿多见。②常有感冒史。③口腔病损为口腔黏膜广泛充血,上有成簇小水疱,疱破形成浅表小溃疡。④口周皮肤也可出现成簇小水疱,疱破有淡黄色疱液流出,形成淡黄色痂壳。⑤少数可伴有眼、生殖器成簇小水疱。

(3)大疱性表皮松解症 ①发病率低,多为先天性家族遗传性皮肤病。②由于外伤皮肤易发生大疱,疱大小不等,数目少,数日后可愈合,关节的伸侧如膝、肘、腰等部位稍受摩

擦即可糜烂，愈合后留有色素沉着。③口腔病损表现为口腔黏膜受到食物的摩擦及温度的刺激而发生表皮剥脱、糜烂，常表现为一处黏膜愈合另一处又糜烂，口臭明显。④患者发育差，毛发稀疏，指甲变形，甚至脱落。

4.进一步检查

(1)脱落细胞学检查　用钝刀片轻刮新鲜水疱底组织，涂片、染色，镜下见变性松解的棘细胞(天疱疮细胞)。

(2)组织病理　病损附近，按压起疱，取该部组织活检示上皮内疱，疱内有变性的天疱疮细胞。

(3)免疫荧光检查　直接法可见上皮棘细胞间有荧光抗体沉积，形成鱼网状荧光环。

5.治疗

(1)全身支持疗法。

(2)大剂量皮质类固醇激素　泼尼松 60～100 mg/d，口服，3 次/d，或氢化可的松 200～300 mg/d 静脉滴注，病情稳定后，每次递减 5 mg，1～2 周减 1 次至维持量，10～15 mg/d。

(3)免疫抑制剂　环磷酰胺、硫唑嘌呤、甲氨蝶呤等。用药期间，定期复查血常规及肝功能，若白细胞计数 $<3\times10^9/L$，停药。

(4)全身用抗菌素　预防感染。

(5)局部治疗　消炎、止痛，使用促进愈合的含漱剂、散剂。

【病案 102】

患者，女，41 岁，工人。

主诉　下唇、口角溃烂 3 个月，皮肤、肛周水疱 15 d。

现病史　3 个月前下唇、口角不明原因开始起疱，疱破后溃烂。15 d 前右腋窝、肛周出现水疱，摩擦易破，伴有痛感。

检查　口角、下唇唇红广泛糜烂，糜烂面上可见有小乳头状增殖。右腋窝、肛周呈大片状糜烂面，上有增殖的乳头，表面有渗出物，伴有腥臭味。尼氏征(+)。

1.诊断　增殖型天疱疮。

2.诊断依据

(1)口角、下唇起疱，糜烂面有乳头状增殖。

(2)腋窝、肛门大疱，疱破后基底部有增殖的乳头。

3.进一步检查　组织病理检查见上皮内疱，棘细胞松解，棘层肥厚，表皮乳头瘤增殖。固有层有淋巴细胞浸润。

4.治疗　同寻常型天疱疮，见病案 101。

【病案 103】

患者，女，52 岁，农民。

主诉　牙龈起疱，溃烂半年，伴眼部反复痒痛 3 个月。

现病史　半年前牙龈、口腔黏膜起大小不等的水疱，易破，形成溃疡或糜烂面。3 个

月前，眼部不适，有眼干、痒、痛，反复发作，感眼部视物不清，并有异物感。同时四肢屈侧皮肤出现多处红斑，随之形成水疱，不易破。在当地医院诊断为"口炎"、"角膜炎"、"皮炎"，用药后效疗不显著，症状进一步加重，前来就诊。

检查 上下前牙龈缘及邻近附着龈处有白色的疱膜，揭起疱膜可见下面红色糜烂面；尼氏征(-)。眼科会诊：右下眼睑结膜与球结膜瘢痕性粘连，下眼睑内翻，倒睫，角膜受损。视力：右眼 0.1，左眼 1.0。双上肢屈侧有 2 个直径约 1.2 cm 的水疱，疱液丰富，无周边扩展现象，尼氏征(-)。

1.诊断 瘢痕性类天疱疮。

2.诊断依据

(1)发病以中年以上女性多见。

(2)起病缓慢。

(3)口腔黏膜先受累，牙龈起疱，糜烂，呈剥脱性损害，尼氏征(-)。

(4)右眼结球结膜疤痕性粘连，角膜受损。

(5)双上肢有大疱性损害，尼氏征(-)。

3.鉴别诊断

(1)寻常型天疱疮 ①发病 40 岁以上多见。②好发于唇、颊、舌、腭、口底部位，表现为黏膜大疱，疱易破形成鲜红色糜烂面，尼氏征(+)。③皮损以躯干部多见，表现为外观正常的皮肤上出现大疱，易破，尼氏征(+)。病人有自发痛或瘙痒感。④细胞学检查可查到天疱疮细胞。⑤直接免疫荧光检查见棘细胞间有荧光抗体沉积，呈翠绿色荧光环，为特异性诊断方法。

(2)糜烂型扁平苔藓 ①口腔黏膜均可发生，范围广泛。②糜烂呈剥脱状，色鲜红，触之出血及疼痛，形状不规则，但在邻接区或口腔其他部位可查珠光白色条纹。

(3)多形渗出性红斑 ①发病青壮年多见。②发病急，病程短，有自限性，病程一般为 2~3周。③皮损为多形性红斑、丘疹、大疱。④口腔病损为红斑、大疱，唇红区表现为出血。

4.进一步检查

(1)组织病理 取新鲜水疱活检示为上皮下疱，上皮内无棘层松解。固有层内有大量炎症细胞浸润。

(2)免疫荧光检查 基底膜区有翠绿色荧光带。

5.治疗

(1)全身支持疗法。

(2)眼部病损，用皮质激素溶液滴眼。

(3)口腔病损。①含漱：1/5 000 洗必泰液、0.1% 利凡诺尔溶液或口泰含漱。②外涂肾上腺皮质激素软膏。③皮质类固醇制剂喷雾。④泼尼松、去炎舒松、倍他米松、氟美松局部注射。

【病案 104】

患者，女，68 岁，农民。

主诉 胸部、口内反复起疱2年。

现病史 2年前胸部出现单个大水疱，随后口腔内颊部也出现大小不等的水疱，不易破，破后形成溃疡面，疼痛轻微，愈合后又有新的水疱出现。2 d前，在上肢内侧又发现新的水疱，前来就诊。

检查 胸部近颈处有一大而不规则的水疱，直径约1 cm×2 cm，水疱丰满，疱壁厚，触疱顶无边缘扩展现象。周边有趋愈合的水疱，中央干瘪，周边有红斑围绕，疼痛不明显，有瘙痒感。口内左颊可见粟粒大小的水疱，无触痛，尼氏征（－）。左上肢屈侧有一新鲜大而充盈的大水疱，形态不规则，直径1.5 cm×2 cm，尼氏征（－）。

1.诊断 大疱性类天疱疮。

2.诊断依据

(1)皮肤病损为大疱，不易破溃，尼氏征（－）。

(2)口腔病损为左颊粟粒状水疱，壁厚。

(3)反复发作，病程缓慢。

3.鉴别诊断

(1)寻常型天疱疮 ①口腔病损较严重，损害为松弛性大疱，易破，揭疱壁试验（+），尼氏征（+），疱破后形成的糜烂面不易愈合。②组织病理：上皮内疱，棘层松解，可见天疱疮细胞，免疫染色抗体沉积在棘细胞间。

(2)瘢痕性类天疱疮 ①好发于女性，中年或中年以上多见。②眼部病损常见为睑、球结膜粘连。③皮损为面部、头皮等发生红斑、水疱，尼氏征（－），疱壁厚，不易破。④口腔病损为牙龈红斑、水疱，疱破形成较大的红色溃疡、糜烂，尼氏征（－）。⑤组织病理：上皮下疱，抗基底膜区抗体阳性。

(3)大疱性表皮松解症 见病案101鉴别诊断(3)。

4.进一步检查

(1)组织病理 取完整的水疱活检，镜下见上皮下疱，无棘层松解。结缔组织表面光滑，有大量炎症细胞浸润。

(2)直接免疫荧光检查 基底膜区有一连续细长的荧光带。

5.治疗

(1)全身用皮质激素泼尼松10 mg，3次/d，3～4 d后开始减量。

(2)局部治疗用2.5%泼尼松龙混悬液加1%普鲁卡因局部注射。消炎、防腐含漱剂含漱。

【病案105】

患者，男，67岁，退休干部。

主诉 唇部白色病变3 d。

现病史 3 d前，老干部体检，发现右下唇红部有一白色病变，怀疑为“白斑”，转入我院。

个人史 吸烟史20余年，每天1包纸烟，用右手夹烟卷。

检查 右下唇吻合缘及稍外侧有一椭圆形白色棉絮状斑块，与周围黏膜界限模糊，斑

块上红纹清晰可见。患者无任何自觉症状。

1. 诊断　口腔白色角化病。

2. 诊断依据

(1)唇红有白色棉絮状斑块，正是患者衔烟卷部位。

(2)有长期吸烟史，量大。

3. 鉴别诊断

(1)白斑　①多发于40~60岁男性。②损害为白或灰白色发硬的斑块，形状不规则，但界限清楚。③组织病理表现为上皮异常增生，属癌前病变。

(2)扁平苔藓(斑块状)　①常发生于舌背中份或两侧，呈圆或椭圆形珠光白色斑块，损害区乳头消失或平伏。②常伴有双颊黏膜白网纹。③组织病理检查见上皮角化过度或角化不全，基底细胞排列紊乱、液化或坏死，基底膜下有大量淋巴细胞浸润。

4. 进一步检查　组织病理检查表现为上皮过度正角化；粒层明显，上皮钉伸长，细胞形态均正常，结缔组织正常。

5. 治疗

(1)祛除局部刺激因素，戒烟。

(2)0.2%维生素A酸醇溶液局部涂布。

(3)上述治疗不能使病变消退，应手术切除。

【病案106】

患者，男，70岁，退休干部。

主诉　体检发现左颊白色斑块1个月。

现病史　于1个月前老干部体检发现左颊有白色斑块，无任何自觉症状。

个人史　吸烟史20年，40支/d，无饮酒史。

检查　左颊黏膜咬合线部位有一1.0 cm×0.5 cm的长方形病损，呈灰白色，略高于黏膜面，触诊病损黏膜较硬。

1. 诊断　口腔白斑病(斑块型)。

2. 诊断依据

(1)患者有长期吸烟史。

(2)左颊黏膜上有灰白色斑块状损害，略高出黏膜面，局部弹性降低。

3. 鉴别诊断

(1)口腔白色角化病　①一般有明显的局部刺激因素。②损害基底部柔软，致病因素祛除后，损害常在2周内消失。

(2)口腔念珠菌病(慢性肥厚型念珠菌性口炎)　①常发生于颊黏膜、舌背及腭部。②颊黏膜病损常对称地位于口角内侧三角区，呈结节状或颗粒状增生，或为固着紧密的白色角质斑块。与斑块型白斑很难鉴别，但无局部刺激因素，与吸烟无明显关系。③组织病理检查见菌丝深入到黏膜内部，引起角化不全、棘层肥厚、上皮增生、微脓肿形成可与白斑相鉴别。

4. 进一步检查　组织病理检查，取局部白色病变组织活检示上皮轻度异常增生，部分

基底细胞极性消失，核大而深染，上皮钉突肥大。

5.治疗

(1)祛除局部刺激因素，戒烟。

(2)维生素A酸软膏局部涂擦。

(3)维生素A 2.5万U/次，3次/d，口服。维生素E 50 mg，3次/d，口服。

(4)鱼肝油涂擦患处，2~3次/d，1~2个月为一疗程。

(5)保守治疗无效者可采用冷冻、激光、微波、手术等方法切除，并随访数年。

【病案107】

患者，女，49岁，工人。

主诉　口内粗糙不适感半年。

现病史　半年前突感口底有粗糙不适感，偶有灼热、涩感。近半月来加重。

个人史　吸烟史26年，15支/d。

检查　双侧口底、舌腹布满灰白色损害，表面高低不平状如皱纸，基底柔软。

组织病理检查　上皮高低不平，过度角化，异常增生。

1.诊断　口腔白斑病(皱纸型)。

2.诊断依据

(1)患者有多年吸烟史，量大。

(2)口底、舌腹部灰白色皱纸状损害。

(3)粗糙感明显，偶有灼热不适感。

(4)病理结果符合白斑诊断。

3.鉴别诊断

(1)白色水肿　①多发于中年以上男性，尤其面颊丰满者。②表现为双颊黏膜呈半透明乳白色，殆间线部位水肿最隆起，表面有若干皱纹，牵拉时皱纹消失，此现象可与白斑相鉴别。

(2)白色皱襞性龈口炎　①是一种遗传性疾病。②出生时已存在，青春期开始迅速发展。③病变累及整个口腔，呈灰白色粗厚的软性组织，状如海绵。④组织病理检查见鳞状上皮显著增厚，角化不全，棘细胞肿胀，结缔组织有少量炎症细胞浸润。

4.治疗　同病案106。

【病案108】

患者，女，36岁，干部。

主诉　右侧口角区内侧黏膜不适3个月。

现病史　3个月前，突感右侧口角区内侧黏膜有粗糙感，无疼痛症状。近10周来症状加重，前来就诊。

检查　右侧口角区颊黏膜充血，充血区大致呈三角形，底边位于口角，上点缀着白色病损呈结节状或颗粒状，基底部柔软。

组织病理检查　镜下可见红色区域角化层消失、乳头层上仅有2~3层棘细胞，且有

形态改变，白色病变为上皮异常增生所致。

1.诊断　口腔白斑病(颗粒型)。

2.诊断依据

(1)口角区颊黏膜呈三角形损害。

(2)损害红白间杂，充血的黏膜上点缀白色颗粒状或结节状突起。

(3)组织病理结果符合白斑诊断。

3.鉴别诊断　白斑癌变：①白或灰白色损害近期加深；②原损害表面高起、肥大、皲裂、糜烂、溃疡；③损害基底部出现浸润性硬结；④疼痛明显；⑤甲苯胺蓝染色阳性；⑥组织病理检查确诊。

4.治疗　此型白斑具有较高的恶变倾向，故应密切随访，及早手术切除，并随访数年。

【病案 109】

患者，女，76岁，退休干部。

主诉　左颊部不光滑感1月余。

现病史　1个月前，偶尔用舌舔右颊，感局部不光滑、粗糙，常用舌摩擦，粗糙感愈来愈明显，并形成不良习惯，前来就诊。

检查　右颊黏膜咬合线处有数个外突性白色损害，呈乳头状突起，边缘有红晕环绕，触诊微硬。

组织病理检查　上皮疣状增生，呈乳头状、棘层增生、表层有过角化、粒层明显。

1.诊断　口腔白斑病(疣型)。

2.诊断依据

(1)颊部有数个乳头状白色突起，质地稍硬

(2)患者感局部粗糙感明显。

(3)组织病理检查结果符合疣型白斑诊断。

3.治疗　此型白斑易发生癌变，易早期手术切除，并随访数年。

【病案 110】

患者，女，45岁，干部。

主诉　单位体检发现双颊部病损1月余。

现病史　1月前，单位体检发现双颊部有白色条纹状病变，无任何自觉症状。不能明确诊断，转入我院就诊。

检查　右颊大片状珠光白色网纹，左颊有3个珠光白色线条围成的环，散在分布于颊黏膜上，其间颊黏膜色泽正常，质地柔软。

组织病理检查　活检结果示上皮角化过度，粒层肥厚，基底细胞液化变性，基底膜下有大量淋巴细胞浸润。

1.诊断　口腔扁平苔藓(单纯型)。

2.诊断依据

(1)发病以中年女性多见。

(2)颊部对称性珠光白色环状或网状损害。

(3)无明显自觉症状。

(4)组织病理符合扁平苔藓诊断。

3.鉴别诊断　盘状红斑狼疮：①好发于唇和颧部皮肤；②口腔黏膜损害为中央萎缩性红斑，周围为放射状短小白条纹围绕；③唇红部为桃红色；④皮损为蝶形红斑、盘状红斑，伴鳞屑，揭屑可见皮质屑，形似图钉。

4.进一步检查　直接免疫荧光检查可见细小颗粒状荧光图形，沿基底膜区呈带状分布。

5.治疗

(1)消除精神紧张，生活力求规律。

(2)祛除局部刺激因素，如刮除磨牙颊面牙石。

(3)维生素A酸软膏局部涂擦。

(4)口服维生素A丸，2.5万U，3次/d，口服，1～2个月为一疗程。或维生素A酸5 mg，3次/d，口服，2～3个月为一疗程。

【病案111】

患者，女，54岁，农民。

主诉　口腔、阴部溃烂6年，双上肢病损3年。

现病史　口腔、外阴部溃烂6年，伴双侧手背、手腕伸屈侧褐色斑疹3年，曾在外院诊断为“白塞病”，经中西药物治疗仍无效，病损面积加大，溃烂时间长，疼痛明显。近来，口腔内黏膜、唇红糜烂，前来就诊。

检查　口腔：上唇正中有一约1.5 cm×1.5 cm溃疡，表面有黄白色假膜，周边色素沉着。下唇正中浅表糜烂约1.5 cm×1 cm大小，周边色素沉着，并依稀可见少许白纹。下唇前庭沟，$\overline{21|12}$牙龈有白网纹。右颊黏膜糜烂，呈鲜红色，面积约5 cm×3 cm，边缘有白色网纹围绕。舌背中1/3处有对称性白色斑块，大小约2 cm×2 cm，界限明显，不高起，损害区舌乳头萎缩。皮肤：双手背、手腕伸屈侧有多处形态不规则的褐色斑块，边界清楚，表面干燥有搔痕。外阴：双小阴唇内侧中上部有约1.5 cm×1.5 cm的糜烂面，表面有分泌物，周边有白纹状病损。

1.诊断

(1)口腔扁平苔藓(糜烂型)。

(2)皮肤扁平苔藓。

2.诊断依据

(1)中年女性，慢性病程，反复持续数年。

(2)唇、颊部对称性糜烂、溃疡。

(3)舌背部对称性白色斑块，界限清楚，不高起。

(4)皮损为双手背、手腕处的褐色斑块，界限清楚，表面干燥有瘙痒。

(5)外阴部对称性糜烂，周边有白纹。

3.鉴别诊断

(1)白塞病　①口腔病损为反复发作的口腔溃疡。②皮损为结节性红斑、毛囊炎、疖肿，针刺起脓疱。③眼部病变为结膜炎、角膜炎、虹膜睫状体炎等。④生殖器损害为睾丸、阴茎、阴唇的圆形浅在溃疡。⑤同时多伴有发热不适、关节痛、肝脾肿大及神经系统症状，病程长，反复发作，迁延不愈。

(2)盘状红斑狼疮　见病案110的鉴别诊断。

(3)赤斑　①好发于口腔内的危险区域(舌腹－口底、口角区颊黏膜与软腭复合体)，中年女性多见。②表现为血红色光亮似"无皮状"的圆或椭圆形斑块或颗粒状红色斑块，触之柔软，一般无自觉症状。③组织病理检查见角化层消失，乳头层上仅有2～3层棘细胞，核浆化失调，核深染，乳头层下毛细血管扩张。

4.进一步检查　组织病理检查见上皮无角化，棘层萎缩，上皮钉突不规则延长，基底细胞液化变性，排列紊乱，固有层有淋巴细胞浸润带。

5.治疗

(1)非糜烂处损害局部涂维生素A酸软膏。

(2)糜烂处用消炎、防腐含漱剂漱口，局部涂皮质激素软膏，或He－Ne激光照射，对长期糜烂不愈病损，基底部注射皮质类固醇激素。

(3)肾上腺皮质激素全身小剂量短疗程应用，如泼尼松5 mg，3次/d，口服，地塞米松0.75 g，3次/d，口服。1～2周病情得到控制应渐减量。

(4)中医中药　口服苔藓片。

【病案112】

患者，女，52岁，五保户。

主诉　双颊黏膜溃疡3年。

现病史　3年前感觉吃过咸食物后，造成颊黏膜溃烂、痒痛，时轻时重，部分黏膜发白。近来舌部亦开始出现同样病损。曾在我院诊断为"扁平苔藓"，给予"维生素B_1"、"维生素B_2"、"板蓝根"、"喉风散"、"保和丸"、"逍遥丸"和"六味地黄丸"等药物，波姆光照射口腔局部治疗。发病以来，睡眠饮食尚可，大便不干，有时口干口苦。

既往史　双目失明40年，耳聋6年，患高血压2年。

检查　全口牙龈、双颊、舌背黏膜存在对称性病损。白色花纹和糜烂面并存。龈部、颊黏膜花纹为小圆形状，舌背黏膜表面为不规则白色斑块。全口龈上结石Ⅲ度，龈下结石Ⅰ度。$\dfrac{5|34567}{61|14567}$缺失，牙槽嵴低平，$\dfrac{5|4}{|5}$义齿边缘冠锐利。

血常规检查　血红蛋白125 g/L。白细胞计数6.1×10^9/L，分类中性粒细胞0.56，淋巴细胞0.44。

1.初步诊断　糜烂型口腔扁平苔藓。

2.诊断依据

(1)双颊黏膜持续溃烂3年。

(2)呈对称性病损，白色花纹和糜烂面并存。

(3)组织病理检查见上皮浅层缺如，部分上皮不全角化，黏膜固有层有淋巴细胞浸润。

3. 鉴别诊断

(1)口腔白斑、口腔白色角化病　①口腔损害呈乳白色和灰白色;②外观无明显炎症反应;③病损多为单发;④活组织病理检查诊断进一步鉴别。

(2)金属苔藓样口炎　①多发生在与银汞合金充填物直接接触的口腔黏膜;②去除金属充填物后可逐渐消退。

(3)盘状红斑狼疮　①口腔损害多发生在唇部、颊黏膜等部位;②病损无对称性,呈放射状细短白纹;③有向皮肤蔓延趋势。

(4)异位皮脂腺　呈淡黄色颗粒,簇集或散在,或在黏膜浅表位置,或隐伏于黏膜下,无自觉症状。

4. 进一步检查

(1)取颊黏膜病损组织检查(所见如前)。

(2)血清免疫学检查,未见异常。

5. 治疗

(1)去除局部机械性刺激因素,牙周洁治和磨除$\frac{\dot{5}|4}{4|5}$义齿锐利边缘。

(2)病损面注射醋酸泼尼松龙悬浊液和2%利多卡因注射液(二者1:1混合液)。

(3)上臂内侧注射转移因子2 ml,每周2次。

(4)抗霉菌治疗。

(5)口服维生素A、雷公藤多甙片、天王补心丹。

(6)嘱每半年复查。

【病案113】

患者,女,42岁,农民。

主诉　下唇溃烂1年。

现病史　1年前开始下唇部溃烂,伴有疼痛,同时鼻梁上有皮疹色素沉着,表面脱屑,随后不久,双侧耳郭皮肤也受累,色素沉着,并有脱屑。下地劳作时,受日光照射,下唇症状加重。曾在当地医院就诊,具体用药不详。发病以来,饮食、睡眠尚可,大便不干。

检查　下唇充血糜烂,覆盖血痂,黏膜充血呈暗红色。唇周皮肤有少许鳞屑,黏膜与皮肤界限不清。鼻梁中央皮肤有近似圆形红斑、中央稍凹陷,周围皮肤色素沉着明显;双侧耳郭皮肤存在同样病损,有鳞屑,并有对称性色素沉着。口内黏膜未见明显异常。

1. 初步诊断　慢性盘状红斑狼疮。

2. 进一步检查　糜烂好转后,取下唇黏膜组织及唇周皮肤病损组织检查。镜下病理学表现:①上皮过度正角化伴角质栓;②上皮钉突增生、伸长;③基底层细胞液化变性、基底膜不清晰;④固有层有淋巴细胞浸润。

血清学与免疫学检查　红细胞沉降率16 mm/h,RF(+),IgG 21.2 g/L,IgA 2.6 g/L,IgM 0.8 g/L。

3. 诊断依据

(1)中年女性,皮肤、黏膜病损1年。

(2)唇红黏膜糜烂、充血,黏膜与皮肤界限不清。

(3)鼻梁、双侧耳郭以红斑为主的皮肤病损并呈对称性色素沉着,红斑中央有凹陷。

(4)病理学检查,上皮过度角化,并有角质栓、上皮钉突增生,基底细胞液化变性等。

(5)红细胞沉降率加快。

4.鉴别诊断

(1)口腔扁平苔藓 ①口腔病损多发于颊部黏膜,多呈对称分布;②主要特征为珠光白色条纹,有粗糙感,刺激痛;③无向皮肤蔓延的趋势;④病理学特征近似,不易鉴别。

(2)光化性唇炎 ①病损主要为溃疡、糜烂面,无色素沉着。②病变范围不超出唇红缘。③病损区周围为炎症反应。④无皮肤损害。

(3)多形渗出性红斑 ①发病急,多见于青年人。②唇部糜烂出血,唇部血痂明显。③黏膜病损无白线纹。④皮损以靶形红斑为特征。

5.治疗

(1)用药原则 ①全身、局部均以免疫抑制治疗为主。②防治继发感染。③需长期用药者应严密监控毒副作用。

(2)全身用药 氯喹 0.125 g/次,3 次/d,口服。维生素 B_6 片,20 mg/次,3 次/d,口服,4 周为一疗程。金施尔康,1 片/d,口服。

(3)局部用药 螺旋霉素药膜贴于唇部患处,氢化泼尼松混悬液做唇部病损深层封闭。

(4)中医辨证施治 气滞血淤型,治则以活血化淤、清利湿热为主;中成药使用大黄䗪虫丸、当归丸、复方丹参片等。心脾积热型,治则以养阴凉血、祛风解毒通便为主;中成药使用三黄片、防风通圣丸、二冬膏。脾虚挟湿型,治则以清利湿热、健脾和胃为主;中成药使用保和丸、桔红丸、香砂六君子丸等。

【病案 114】

患者,女,42 岁,工人。

主诉 全身皮损 10 年,口唇及颊部病损 3 年。

现病史 10 年来头面部、胸部等多处红斑性损害,曾在外院就诊,服用过复方氯喹。近 3 年来双颊及唇部发生糜烂,时轻时重,太阳晒后加重

检查 前臂、胸部、颈部有多处大小不等的红斑,状似圆盘,表面有鳞屑。双侧颧颊部呈跨越鼻梁的蝶形红斑性损害。口腔:下唇右侧唇红有一蚕豆大小红斑,中央凹陷,周边围以白纹呈放射状排列,上唇有许多放射状白纹,部分区域唇红缘与皮肤界限不清。右颊区口角处黏膜有一直径约 1.5 cm×1 cm 的红斑,四周隐约可见白色放射纹。

1.诊断 盘状红斑狼疮。

2.诊断依据

(1)口腔病损 右颊有一红斑,周边有隐约可见的白射纹,上唇为放射状白纹损害,部分区域唇红缘与皮肤交界不清,下唇为盘状红斑,周边有角化白射纹环绕。

(2)面部为蝶形红斑;前臂、胸部、颈部为盘状红斑性损害,表面有鳞屑。

(3)病程迁延,日晒加重病情。

3.鉴别诊断　糜烂型扁平苔藓:①皮损为多角形扁平丘疹,呈紫红色,融合为褐色斑块,瘙痒明显;②口腔病损为发生于颊部及唇部珠光白色条纹,条纹稠密处黏膜糜烂,潮红,口腔病损还可表现为丘疹、斑块、水疱;③生殖器损害为暗红色圆或椭圆形斑块,表面可见白网纹,易发生糜烂;④组织病理学检查。

4.进一步检查

(1)组织病理检查　取患部活检示上皮过度角化,角质栓塞;粒层明显,基底细胞液化变性,毛细血管扩张,管腔不整,管周淋巴细胞浸润。

(2)直接免疫荧光检查　基底膜区出现粗细不均的荧光带。

(3)实验室检查　红细胞沉降率增快,丙种球蛋白增高,类风湿因子(+),抗核抗体(+)。

5.治疗

(1)避免日光照射。

(2)唇红病损湿敷后涂肾上腺皮质激素软膏。

(3)口内病损用消炎、止痛、促愈合的含漱剂、散剂。

(4)长期糜烂病损局部注射皮质激素,泼尼松龙 25 mg 加 2% 普鲁卡因 2 ml,局部浸润注射。

(5)皮损外涂肤疾宁或类固醇软膏。

(6)全身治疗。①氯喹,0.25 g/片,半片,2 次/d,进餐时服下,疗程 12～16 周。②氨苯砜:25 mg(50 mg/片),2 次/d,口服,渐增至 100 mg/d,疗程 4～6 周。此两种药物副作用大,治疗期间应定期查全血及肝肾功能。③皮质类固醇:氯喹或氨苯砜疗效不明显时,泼尼松2.5 mg,2 次/d,与上述两种药物任一种同服。④昆明山海棠,2 片/次,3 次/d,口服。

【病案 115】

患者,男,55 岁,干部。

主诉　张口受限半年。

现病史　半年前开始出现张口受限。6 年前左颊黏膜反复出小水疱及溃烂,有灼痛感。以后出现黏膜下有硬的条索,左颊黏膜渐硬化,影响大张口。

个人史　吸烟史 35 年,20 支/d,有嚼槟榔习惯 15 年。

检查　左颊黏膜局部发硬,触之如皮革,黏膜下可扪及多条纤维条索,表面黏膜呈苍白、淡黄、鲜红、黑色等多种颜色。张口度变小,约 3 cm。

1.诊断　口腔黏膜下纤维性变。

2.诊断依据

(1)中年发病,有吸烟史及嚼槟榔史。

(2)颊部局限性硬化,有色、形、质改变。

(3)张口功能障碍。

3.进一步检查　组织病理检查显示上皮角化不全,粒细胞减少,上皮萎缩,钉突消失;上皮细胞内水肿,上皮下胶原纤维增生,玻璃样变,炎症细胞弥散性浸润。

4.治疗

(1)戒绝烟酒及辛辣食物。

(2)全身用活血化淤、扩张血管的药物,口服维生素 A、E。

(3)类固醇局部注射或全身治疗。

(4)严重影响功能者,切断纤维条索,创面植皮。

【病案 116】

患者,女,36 岁,农民。

主诉　下唇持续性溃烂 6 年。

现病史　6 年前,人工流产后下唇开始溃烂,达数月之久不愈合,中间自行缓解或药物治疗后缓解半月左右。曾服多种中西药,疗效不明显。每次发作前唇部奇痒 24 h 左右,发红,继而糜烂,渗血,此时痒止,疼痛明显。数日后结痂,脱屑,暂时愈合。

检查　下唇广泛性糜烂、渗血,表面有黑色血痂。下唇充血肿大。

1. 诊断　慢性唇炎(湿疹糜烂型)

2. 诊断依据

(1)下唇表现为唇红部糜烂、渗出、出血。

(2)局部疼痛、瘙痒。

(3)病损不易愈合,迁延数月,反复发作。

3. 鉴别诊断

(1)慢性盘状红斑狼疮　①表现为唇红部糜烂,呈盘状,颜色不均匀。②病损周围有白色短条纹呈放射状排列。③病理、免疫荧光检查可进一步确诊。

(2)糜烂型扁平苔藓　①唇部也可表现为糜烂面,但在病损周围有珠光白色网状条纹。②可伴皮损,出现紫红色多角形丘疹。

(3)多形渗出性红斑　①起病急,多见于青壮年。②唇部糜烂、出血,表面被覆厚血痂为该病特征。③疼痛剧烈,有自发性出血。④伴皮肤多种形态红斑性损害。

4. 进一步检查　组织病理检查可具有复层鳞状上皮不全角化,上皮层细胞间、细胞内水肿,有少量中性或嗜酸性粒细胞浸润。基底细胞空泡性变、胶原纤维嗜碱性变。固有层和黏膜下层可见血管扩张充血、大量淋巴细胞浸润。

5. 治疗

(1)唇红部糜烂,湿敷疗法。

(2)小范围糜烂,用肾上腺皮质激素泼尼松龙混悬液基底部浸润注射。大范围者,短期服用泼尼松。

(3)氯喹 250 mg,2 次/d,口服,1 周后减量

【病案 117】

患者,男,13 岁,学生。

主诉　唇部干裂,脱皮 1 年。

现病史　1 年来唇部常干燥、脱屑、皲裂,唇部运动时,裂口处溢血,影响说话进食。冬季症状加重,因感局部干燥,常用舌舔唇部以湿润之。局部有痒痛感,常用手揉擦。近

来，症状加重，前来就诊

检查 上下唇红干燥，布满灰白色糠状鳞屑，唇红黏膜增厚，口周皮肤脱色，脱色区外围可见一黑色着色圈。上唇口有4条纵裂纹，延伸至皮肤，深的裂沟表面有血痂。

1.诊断 干燥脱屑型唇炎。

2.诊断依据

(1)唇红部长期干燥，脱屑，皲裂，出血。

(2)唇红黏膜增厚，口周皮肤脱屑及常用舌舔而形成唇外周黑色着色圈

3.鉴别诊断

(1)肉芽肿性唇炎 ①唇黏膜无明显增厚，无秕糠状鳞屑。②肿部肿胀明显，肥厚结实而富有弹性，可形成巨唇。③组织病理检查上皮层变薄，表面有不全角化，黏膜下层可见肉芽肿形成。

(2)腺性唇炎 ①唇黏膜不增厚，无鳞屑。②挤压唇部可见透明而稀薄的黏液自微红的腺管口溢出，呈水珠状。③手指触诊可触及唇黏膜下有粟粒状结节。④病理显示腺体增生肥大，导管扩张。

3.进一步检查 组织病理检查为慢性非特异性唇炎

4.治疗

(1)戒除一切不良习惯，如舌舔，揉擦唇部。

(2)药物离子导入，5%～10%碘化钾或5%普鲁卡因导入唇部。

(3)肾上腺皮质激素软膏涂擦患处。

(4)冬季应注意护唇，采取润唇措施。

(5)对深而易出血、长久不愈的深皲裂，可手术切除。

【病案118】

患者，男，56岁，干部。

主诉 下唇部木胀，晨起时上下唇粘连，表面有白色分泌物4个月。

现病史 4个月来下唇部肿胀，发木，口内发黏，每日晨起时上下唇紧紧粘连在一起，需用力才能分开。口唇表面有白色分泌物。近来症状加重，前来就诊。

检查 下唇部弥散性肿大，翻开唇内侧黏膜可见唇腺管口，有透明的似"露珠状"黏液从导管口溢出。管口黏膜发红，扪之有多数小结节，微硬。

1.诊断 腺性唇炎。

2.诊断依据

(1)下唇部肿胀，弥散性肿大。

(2)翻开唇内侧黏膜，可见发红的腺管口，并有球形黏液溢出。

(3)触诊可触及黏膜下腺体呈结节状，微硬。

(4)唇局部胀、木，晨起上下唇粘连，并有白色黏性分泌物。

3.鉴别诊断

(1)慢性唇炎(干燥脱屑型) ①唇红及周围皮肤干裂，脱屑。②挤压时无黏液溢出，不能触及小结节。③组织病理检查见角化不全，棘层肥厚，基底细胞空泡性变，胶原纤维

嗜碱性变。

(2)肉芽肿性唇炎　①好发于上唇，唇肿胀明显，肥厚结实而富有弹性，唇腺体积不变。②组织病理检查见上皮层变薄，表面有不全角化，固有层为非特异性炎症，黏膜下层可见肉芽肿形成。

4.进一步检查　组织病理检查见肿大的唇腺腺体明显增生，腺导管扩张，腺体分泌亢进，间质血管充血，慢性炎症细胞浸润。

5.治疗

(1)局部激素封闭，2.5%泼尼松龙加1%普鲁卡因，局部浸润注射

(2)放射治疗，放射性核素^{32}P贴敷。

(3)5%~10%碘化钾溶液离子透入，每日1次，每次20 min，5~10次为一疗程。

(4)肿胀畸形严重、类固醇注射无效者，可行唇部整形术。

【病案119】

患者，女，21岁，农民。

主诉　上唇部反复肿胀3年。

现病史　3年前感冒发热后伴上唇肿胀，不痒，不痛，仅觉有胀感。曾服用多种抗菌药物及维生素，治疗无效。唇部肿胀每因感冒时加重，感冒愈后则肿胀日益减轻，但不能完全消肿。

检查　上唇向前突出翘起，呈暗红色，状似"褥垫"，触压无痛，无凹陷。上唇唇红上有2条纵形皲裂，左右对称，表面有薄痂。

1.诊断　肉芽肿性唇炎。

2.诊断依据

(1)发病在青春期后。

(2)唇弥散性肿胀，肥厚结实而富有弹性，无压痛，无凹陷。

(3)肿胀反复发作，逐渐加重。

(4)肿胀的唇红表面有2条对称性沟裂。

3.鉴别诊断　血管神经性水肿：①发病快，自行消退也快(1~2 d可自愈)；②多有过敏原接触史；③好发于颜面部疏松的结缔组织、唇、舌、眼睑、咽喉等部位；④肿胀可完全消失。

4.进一步检查　组织病理检查见上皮变薄，表面不全角化，黏膜下层肉芽肿形成，其中有淋巴细胞、浆细胞、上皮样细胞和郎格罕细胞，可确诊。

5.治疗

(1)皮质激素，口服或局部封闭。

(2)放射治疗，如用放射性核素^{32}P贴敷。

(3)严重者保守治疗无效考虑手术切除。

【病案120】

患者，女，54岁，农民。

主诉　双唇肿胀1年余，加重2个月。

现病史　1年前无明显诱因双唇开始肿胀，无疼痛，无溃烂。双唇皮肤有“热”、“紧”感。曾在当地医院诊断为“双唇过敏性唇炎”，给予抗过敏药物（具体不详）治疗后，稍好转。近2个月来，双唇肿胀感觉加重，今来诊。

既往史　否认全身系统病史。

检查　双唇呈弥漫性肿厚，界限不清，上唇稍外翻，唇红黏膜光润明显，触之稍硬。近唇峰处有少数纵裂，较浅。唇周皮肤发红，温度稍高。口内黏膜未见明显异常。

1. 初步诊断　肉芽肿性唇炎。

2. 诊断依据

(1) 上下唇弥漫性肿厚，上唇肿胀且稍外翻。

(2) 肿胀表现为渐进性加重。

(3) 无疼痛，无溃烂，排除其他唇部病变。

3. 鉴别诊断

(1) 唇部血管神经性水肿　①发病急，病程短，消退迅速或反复发作。②口唇肥厚，翘突伴明显的灼热、瘙痒感，无压痛。③可有食物或药物过敏史。

(2) 颌面部蜂窝组织炎　①多伴有牙痛或其他口腔病灶。②发病较缓慢。③病变压痛明显，有的可有波动感。④抗感染治疗可逐渐好转。

(3) 腺性唇炎　①唇部小黏液腺的炎性疾病，唇内侧有许多针尖大小颗粒状突起，挤压有黏液溢出。②上下唇经常黏在一起，难以分开，凸起明显。③多发于下唇。

4. 进一步检查　取唇部病变组织活检，见上皮不全角化，固有层为非特异性炎症，黏膜下层可见肉芽肿形成。

5. 治疗　见病案119。

【病案121】

患者，男，40岁，工人。

主诉　上唇肿胀2年，面瘫2个月。

现病史　2年前无明显诱因上唇部开始出现肿胀，4～5 d内可自行消退。因气候变化几个小时内又可复发。近3个月唇肿不能完全消退，持续肿胀。2个月前又出现面瘫，右眼闭合不全，吹哨漏气，同时自觉牙龈肿胀，有时单侧肿，有时两侧同时发病。曾口服激素类药、“苯海拉明”、“维生素B”等药物，剂量不详。今来诊。

既往史　无特殊疾病史、家族病史。

检查　上唇部明显肿厚，触之质地稍硬，肿胀界限不清，呈弥漫性。下唇部无明显异常。右眼睑闭合不全，鼓气右口角不能闭合。舌部可见数条裂纹，呈左右走向。上颌牙龈胀大增生，质地硬，龈上结石Ⅰ度，龈下结石Ⅰ度。牙无松动。|46缺失，5|残冠。

血常规检查　血红蛋白120 g/L，白细胞计数7.2×10^9/L，分类中性粒细胞0.70，淋巴细胞0.30。

1. 初步诊断

(1) 梅－罗综合征（Melkersson－Rosenthal syndrome）。

(2) $\underline{5|}$ 残冠。

2. 诊断依据

(1)上唇部弥漫性肿厚、肿胀，为渐进性、持续性。

(2)无疼痛，无溃烂，排除其他唇部病变。

(3)具有唇肿大、面神经麻痹、裂纹舌者为梅－罗综合征。

3. 治疗

(1)保持口腔清洁。

(2)波姆光口腔照射。

(3)应用复合维生素 B、ATP 制剂、末梢血管扩张剂、类固醇制剂。

(4)建议物理疗法治疗面神经麻痹。

【病案 122】

患者，女，42 岁，工人。

主诉　下唇间断性肿胀 2 年余。

现病史　2 年前因感冒发生下唇肿胀，同时伴有严重的面部、眼睑肿胀。感冒过后，肿胀渐消失，但不能完全恢复，反复发作。1 年前病情加重，肿胀呈渐进性，曾在当地医院就诊，诊断为"唇炎"而使用多种药物治疗，如"氟美松"、"泼尼松"、"苯海拉明"、"扑尔敏"、"吗啉呱"、"四环素"、"上霉素"等。疗程达半年之久，用药期间症状减轻，停药后复发，肿胀一直不消，反而逐渐加重，前来就诊。

既往史　20 年前患右侧面瘫，嘴歪眼歪。

检查　右侧额纹消失，眼睑闭合差，鼻唇沟变浅，口角歪斜，鼓气右侧露气。下唇弥散性肿胀，约为正常大小的 2 倍，肥厚，向外翘起，触诊质韧，无凹陷，无压痛。舌背多发性裂纹，状似叶脉。

1. 诊断　梅－罗综合征。

2. 诊断依据

(1)下唇肿胀 2 年，呈进行性加重。

(2)右侧面瘫。

(3)舌背裂纹呈叶脉状。

3. 治疗

(1)肿唇治疗同肉芽肿性唇炎(见病案 119)。

(2)面瘫用理疗、按摩、针灸等方法治疗。

(3)沟纹舌应注意口腔卫生，饭后漱口，防止感染。

【病案 123】

患者，男，35 岁，工人。

主诉　舌后部不适月余。

现病史　1 月前突感舌后部不适，对镜自检，见舌背后部局部无舌苔，表面不平有突起，无疼痛。心理压力很大，前来就诊。

检查 舌背人字沟前方有一微红的无乳头区，状似菱形，约 2 cm×4 cm，局部表面有大小不等的结节，直径 0.1～0.2 mm，呈暗红色，触之稍硬，基底部柔软，与周围组织界限分明，舌运动、舌感觉及味觉正常。

1.诊断 正中菱形舌炎(结节型)

2.诊断依据

(1)舌背正中人字沟前方菱形的微红无丝状乳头区

(2)表面有大小不等的暗红色结节，高出舌背，触之坚韧，基底部柔软。

(3)舌部无明显自觉症状，无舌功能障碍。

3.鉴别诊断

(1)舌癌 发生于舌后 1/3 处的舌癌初期舌黏膜上出现小结节，继而破溃，无明显疼痛。故早期诊断应作病检，以确诊及鉴别诊断

(2)地图舌 ①儿童多见，②损害形状不规则，状似"地图" ③舌损害突然出现、突然消失，具有游走性。可伴其他口腔黏膜的剥脱性炎症

4.进一步检查

(1)实验室检查 病损表面涂片镜检及培养发现白色念珠菌，但不具特异性。

(2)组织病理检查 上皮异常增生，固有层炎症细胞浸润。

5.治疗

(1)避免频繁过度伸舌自检。

(2)合并念珠菌感染，适当给予局部抗真菌治疗。

(3)组织病理检查，上皮有异常增生，定期随访，嘱病人定期检查，若有癌变，应立即手术切除。

【病案 124】

患者，女，54 岁，退休工人。

主诉 舌背中央进食刺激性食物疼痛 20 d。

现病史 20 d 前进食刺激性食物感舌背中央疼痛，自觉症状渐加重，前来就诊。

检查 舌背中央人字沟前方有一 4 cm×1 cm 椭圆形无舌苔区，表面光滑红润无乳头，与周边组织分界明显，质软。

辅助检查 舌背病损表面擦取物涂片镜检未发现白色念珠菌生长。

1.诊断 正中菱形舌炎(光滑型)。

2.诊断依据

(1)舌背正中人字沟前方椭圆形红色无乳头区，表面光滑。

(2)有局部刺激症状

3.进一步检查 组织病理检查见上皮萎缩，舌乳头消失，固有层有少量炎症细胞浸润。

4.治疗

(1)保护口腔卫生，用消炎、防腐含漱剂含漱。

(2)嘱患者勿频繁对镜伸舌自检，以免引起舌痛症。

(3)定期复查。

【病案 125】

患者，女，65岁，家庭主妇

主诉　舌运动时舌根部疼痛1周

现病史　1周前不明原因说话、舌运动时舌根部两侧疼痛，影响说话、进食。自觉舌根两侧肿胀，有异物感，自疑是肿瘤而就诊。

检查　双侧舌叶状乳头充血、红肿，呈鲜红色，乳头间皱褶加深。口咽部充血，咽后壁有粟粒绿豆大小的多个滤泡，双侧后牙重度磨耗，牙缘锐利，舌运动时，锐边与舌侧缘摩擦。

1.诊断

(1)舌叶状乳头炎

(2)慢性滤泡性口咽炎。

2.诊断依据

(1)双侧叶状乳头充血水肿，咽部充血，有小滤泡

(2)局部刺激因素存在，不均匀磨耗导致牙边缘锐利。

(3)局部肿痛，影响说话、进食。

3.鉴别诊断　舌癌：舌根部为舌癌的好发部位之一；初期表现为局部小结节，继而破溃形成溃疡，此时无疼痛症状；向深部扩展，形成浸润性硬结，此时有触痛和自发痛；早期可有淋巴结转移；活检可确诊。

4.进一步检查　不能肯定诊断者，应先作诊断性治疗，若症状不消失，应作活检，以明确诊断。组织病理检查见上皮下结缔组织中血管扩张，炎症细胞浸润，上皮部分变薄，可见白细胞移出。部分上皮增厚、水肿。

5.治疗

(1)祛除局部刺激因素，磨去锐利牙缘。

(2)治疗慢性咽炎，使用抗炎症类含片、雾化治疗、微波治疗等。

(3)局部用抗炎含漱剂或含片含化。

(4)疼痛明显者，用1%普鲁卡因封闭。

(5)向患者解释，消除恐癌心理。

【病案 126】

患者，女，55岁，退休工人

主诉　右侧舌缘肿痛1月余。

现病史　于1月前无明显诱因感咽喉部疼痛、干燥，继而引起右侧舌缘肿痛，间或有烧灼感，说话、进食时疼痛加重。自服消炎药(药名及用量不详)，咽部疼痛好转，但舌部肿痛无明显改善，来我院门诊就医。

检查　右侧舌缘叶状乳头处皱褶加深，红肿，未见糜烂面，触之柔软，触痛(+)。⌈7 重度磨耗，冠边缘锐利。‾|6 不良修复义齿。口腔卫生条件差。右侧颌下淋巴结未肿大。

实验室检查　血红蛋白 110 g/L，白细胞计数 8.5×10^9/L，分类中性粒细胞 0.60，淋巴细胞为 0.40

1. 初步诊断

(1) 右侧舌叶状乳头炎。

(2) ⌈7 重度磨耗。

(3) ⌈6 不良修复义齿。

2. 诊断依据

(1) 右侧舌部叶状乳头区皱褶加深，红肿，触痛(+)。

(2) ⌈7 重度磨耗，冠边缘锐利。

(3) ⌈6 不良修复义齿。

3. 鉴别诊断　恶性肿瘤：病损处溃烂面深在，呈菜花状，边缘硬且向周围组织浸润；无自限性，常经久不愈；全身情况弱或呈恶病质；病理检查可见癌变组织、细胞。

4. 诊疗计划

(1) 积极治疗全身性疾病(如更年期综合征等)。

(2) 去除局部刺激因素，调磨 ⌈7 尖锐冠边缘，去除不良修复体 ⌈6 。

(3) 药物治疗：全身用药如口服叶酸、维生素 B_{12} 等；局部用药，如溃疡含漱液、佳运口腔宁、3% $NaHCO_3$ 溶液、华素片、克菌定含片等

(4) 心理治疗：减轻病员的抑郁、焦虑症，解除恐癌心理

(5) 改正对镜伸舌自查的不良习惯。

5. 预防

(1) 注意饮食营养丰富，不偏食。

(2) 积极治疗全身性疾病

(3) 及时治疗口腔及鼻咽部疾病。

(4) 改正对镜伸舌自查的不良习惯

(5) 保持乐观、开朗的心情，克服多疑、担忧心理。

【病案 127】

患者，女，9 岁，小学生。

主诉　舌苔剥脱 6 年伴舌裂纹 4 年。

现病史　6 年前患儿出生时发现舌部出现红色斑块，在当地医院诊断为“地图舌”，无不适症状。4 年前其母发现患儿舌背部出现裂纹，亦偶见不适和刺激痛。无治疗史，今来我院就诊。患儿平素吃饭挑食，体质较差，睡眠正常，大小便正常。

既往史　患儿以往健康。曾患扁桃体炎，用药后即痊愈。

家族史　患儿父母均无此类病史。

检查　舌背丝状乳头和菌状乳头呈片状剥脱，微凹陷，形成光滑的红色剥脱区，其被白色微高起的弧形、圆形或椭圆形边缘所包绕，状如地图。舌背可见数条横形裂纹，较浅，状如叶脉。

血常规检查　血红蛋白 110 g/L，白细胞计数 9.8×10^9/L，分类中性粒细胞为 0.58，淋

巴细胞0.42。

血清学与免疫学检查　IgG 12.02 g/L，IgA 1.823 g/L，IgM 1.340 g/L。

1.初步诊断

(1)地图舌。

(2)裂纹舌。

2.诊断依据

(1)舌背乳头剥脱区呈不规则的红斑区域，被白色微隆的边缘围绕，状似地图。

(2)舌背数条纵横沟裂，较浅，形如树叶脉络。

3.鉴别诊断　舌部萎缩型扁平苔藓：舌背病损区基本不变，有变化也较缓慢，白色条纹可见于口腔。而地图舌病损区多变，有游走性。此病与裂纹舌无关，而地图舌与裂纹舌常同时存在。地图舌病损区有微高起的白色边缘区，1～2 mm宽。

4.诊疗计划

(1)尽可能查明原因予以消除(如全身性疾病、肠道寄生虫、精神因素等)。

(2)药物治疗　①维生素类药物，复合维生素B、维生素C、维生素B_2。②微量元素制剂，如施尔康、21金维他、甘草锌。③免疫增强剂，如多抗甲素、转移因子等。④局部用药，如2%碳酸氢钠溶液、3%过氧化氢溶液、洗必泰含漱剂等。

(3)物理治疗　如用波姆光照射。

5.预防

(1)培养儿童良好的饮食习惯和规律，勿偏食。饮食结构要合理，增强胃肠消化功能。

(2)讲究卫生，防治肠道寄生虫病。保持口腔卫生，养成饭后含漱、刷牙的习惯。

(3)注意锻炼身体，增强抵抗力。

(4)积极防治贫血、消化系统等疾病。

【病案128】

患者，男，5岁。

主诉　双侧口角糜烂1月余。

现病史　双侧口角常发生皲裂，大张口时裂口渗血疼痛时轻时重。1月前，双侧口角区出现糜烂，较重，曾服"维生素B_2"，无效。

检查　双侧口角湿白糜烂，周边皮肤、黏膜充血。

涂片镜检　有假菌丝及孢子，进一步培养，白色念珠菌为主要致病菌。

1.诊断　真菌性口角炎。

2.诊断依据

(1)双侧口角区常皲裂。

(2)双侧口角区糜烂，湿白1月余。

(3)维生素B_2治疗无效。

(4)局部涂片培养，确定病原菌。

3.鉴别诊断

(1)球菌性口角炎　①局部表现为口角区湿白、糜烂、皲裂、出血、化脓、结痂。②局部

涂片、培养可确定主要致病菌。③发病多为单侧性。

(2)核黄素缺乏引起的口角炎　①对称性口角区皮肤皲裂、湿白，周围有轻度皮炎。②可同时并发唇肿、光亮、发红、干燥、脱屑、皲裂等唇炎症状。③舌炎(舌肿、舌黏膜萎缩)。④阴囊炎或外阴炎。⑤球结膜炎。⑥实验室检查：24 h 内尿中核黄素排泄量少于 50 mg，可协助诊断。⑦诊断性治疗：核黄素 2～6 mg/d，分 3 次口服，1～2 周症状好转，即可确诊。

4. 治疗

(1)提高机体抵抗力。

(2)局部用制霉菌素液或 2%～4% 碳酸氢钠溶液清洗。

(3)局部涂 1%～5% 克霉唑软膏、酮康唑制剂。

【病案 129】

患者，男，67 岁，农民。

主诉　口角糜烂 5 年。

现病史　5 年前不明原因口角糜烂，曾服多种维生素，疗效不显著。因无自觉症状，未作进一步检查、治疗。1 周前，感冒、高热，口角区有不适感、跳痛，局部起疱，呈黄白色，破后有黄白色脓液溢出，结黄痂。大张口时，口角出血，疼痛明显。

检查　患者消瘦，双颊凹陷，双侧口角湿白糜烂，有横裂纹向口角皮肤和黏膜侧延伸，局部有黄、黑色痂壳。触诊：口角区皮肤黏膜弹性稍降低，有痛感。口内：口腔卫生差、口臭明显，$\frac{6|567}{76|7}$ 残根，$\overline{54321|12345}$ 牙结石Ⅱ度，松动Ⅰ度。

辅助检查　局部涂片培养见大量金黄色葡萄球菌。

1. 诊断　球菌性口角炎。

2. 诊断依据

(1)后牙残根、双侧颊部凹陷。

(2)口角长期糜烂。

(3)口服维生素疗效不明显。

(4)因感冒而致口角区病变进一步加重。

(5)涂片培养，确定主要致病菌。

3. 鉴别诊断　真菌性口角炎：①双侧口角区表现为湿白、糜烂、皲裂；②口角区白色损害更明显；③局部涂片培养可查到白色念珠菌。

4. 治疗

(1)拔除残根，义齿修复，恢复殆间距离。

(2)局部用抗菌药膏，如红霉素软膏等。

(3)全身用广谱抗生素。

第五节 全身疾病的口腔表征

【病案 130】

患者，男，1个半月。

主诉(母亲代诉) 口内黏膜红肿伴白色斑月余

现病史 患儿为7个月早产儿，出生体重2.1 kg。出生后20 d，患儿鼻塞、流涕，口腔黏膜开始出现红肿，伴乳白色斑。曾在当地医院接受"鱼肝油滴剂、活性钙冲剂"治疗，无效。

家族史 其母曾患梅毒，有抗生素不规则治疗史。

检查 患儿发育差，营养不良，皮肤松弛、干燥，掌跖、臀部散在0.5~1 cm暗红色斑丘疹。舌及口腔黏膜红肿，鼻腔分泌物多，颈部、腋下淋巴结肿大，肝缘在肋下2 cm可触及，肛周湿润并有疣状增生物。

实验室检查 白细胞计数16.5×10^9/L，红细胞沉降率60 mm/h，快速血浆反应素试验(RPR)(+)，梅毒螺旋体凝胶凝集试验(TPPA)(+)。

1.诊断 先天性梅毒。

2.诊断依据

(1)其母曾患有梅毒未经正规治疗。

(2)患儿早产，掌跖、臀部有暗红色斑丘疹，舌及口腔黏膜红肿，区域淋巴结肿大，肛周有疣状增生物。

(3)RPR及TPPA(+)。

3.治疗

(1)青霉素 5~10万U/(kg·d)，静脉滴注，14 d为一疗程。

(2)罗红霉素 50 mg，2次/d，口服，10 d为一疗程。

【病案 131】

患者，女，4岁。

主诉 右上唇溃烂3周，左舌缘烂2 d。

现病史 3周前右上唇溃烂，无疼痛及不适，饮食睡眠正常，未经治疗，溃烂未发展也不愈合。2 d前，左侧舌缘出现溃烂，前来就诊。

家族史 患儿母亲3个月前曾有梅毒感染史，母血清RPR(+)。

检查 营养发育良好，神志清。唇部结痂，呈暗褐色，基底稍硬，痂下有红色渗出物，无味，无触压痛。舌左侧缘有2.5 cm×2 cm溃疡，中央凹陷，周边隆起呈苍白色，基底部触及如硬币，无疼痛。口底及咽部未见异常。颌下淋巴结肿大、质硬、无压痛，与皮肤无粘连。心肺未见异常，肝脾无肿大及压痛。生殖器和肛门未见异常。

辅助检查 实验室检查，白细胞计数8.6×10^9/L，分类中性粒细胞0.71，淋巴细胞

0.28。螺旋体检查，取局部渗出液作暗视野镜检，在直接免疫荧光检查时可看到发荧光的螺旋体。RPR(+)，TPPA(+)。

1.诊断 唇、舌黏膜硬下疳

2.诊断依据

(1)患儿母亲曾有梅毒感染史，RPR(+)。

(2)右上唇及舌左缘溃烂，基底硬如钱币，无压痛。

(3)区域淋巴结肿大，质硬，无压痛，与皮肤无粘连。

(4)直接免疫荧光检查可见螺旋体，RPR试验(+)，TPPA试验(+)。

3.鉴别诊断 鳞癌：①发生在舌及唇部的癌性溃疡，大，基底有浸润性硬结，边缘高起翻卷；②病变进展迅速，溃疡无自限性，病变辖区淋巴结肿大，晚期粘连；③甲苯胺蓝染色阳性；④活检可见癌细胞。

4.治疗 青霉素静脉滴注5～10万U/(kg·d)，1周，再肌内注射2周。

【病案132】

患者，女，23岁，学生。

主诉 口内溃烂2周。

现病史 2周前，口腔黏膜发红并出现多处大小不等的浅表溃疡。唾液分泌增加，黏稠。

追问病史 患者2个月前曾与男友有口淫行为，男友24岁，检查尿道流出黄白色脓性分泌物，尿道口红肿，尿道分泌物涂片并培养，有大量淋球菌。

检查 全口腔黏膜充血，呈鲜红色。上下唇及颊、舌部有7个大小不等的浅表溃疡，表面覆有黄白色假膜，易于擦去，呈出血创面。唾液黏稠。四肢躯干、生殖器部位未见异常。

实验室检查 取溃疡面表面假膜涂片培养可见大量淋球菌。

1.诊断 淋菌性口炎。

2.诊断依据

(1)男友淋病(表现为尿道炎)。

(2)患者曾与男友有口淫行为。

(3)患者口腔黏膜充血伴多处浅表溃疡。

(4)假膜涂片培养发现大量淋球菌。

3.鉴别诊断 疱疹性龈口炎：①发病多见于婴幼儿；②口腔黏膜充血水肿，然后出现针尖大小成簇小水疱，破后形成许多浅表溃疡；③全身反应重，表现为发热、淋巴结肿大等；④组织病理示细胞核内有病毒包涵体，上皮细胞退行性变；⑤病毒分离培养，确定致病菌。

4.治疗

(1)青霉素，320万U/d，肌内注射或静脉滴注。

(2)罗红霉素，0.3 g/d，口服，2次/d。

(3)口腔局部用青霉素擦剂或含漱液，0.25%金霉素擦剂或含漱液。

【病案 133】

患者，男，4岁。

主诉 口腔黏膜溃疡伴疼痛3 d。

现病史 3 d前患儿自述口腔疼痛不适，其母发现患儿口内颊黏膜处有红色斑点。未经治疗，病情逐渐加重，不思饮食，并不断吐出黄白色黏液样唾液。其父亲为急性淋菌性尿道炎患者，正在接受治疗，患儿夜间与父母同宿。

检查 全身检查未见异常。口腔检查：舌、软腭、悬雍垂、双侧颊黏膜散在多数米粒至黄豆大小红色斑丘疹伴糜烂及浅表溃疡。溃疡周围有红晕，表面有较多灰黄白色脓性分泌物。

辅助检查 取口腔损害脓性分泌物作涂片镜检，发现大量多形核细胞及细胞内革兰阴性双球菌。细菌培养，有奈瑟淋病双球菌生长。

1.诊断 急性淋菌性口炎。

2.诊断依据

(1)口腔黏膜散在分布多数浅表溃疡，周围有红晕，表面有大量脓性分泌物。

(2)口腔损害脓性分泌物涂片镜检，发现大量多形核白细胞及细胞内革兰阴性双球菌。

(3)细菌培养示奈瑟淋球菌(+)。

3.进一步检查

(1)取其母宫颈分泌物涂片检查，查到多形核白细胞内有革兰阴性双球菌。

(2)细菌培养有奈瑟淋病双球菌生长。

4.治疗

(1)复方硼砂溶液漱口。

(2)青霉素160万U分两侧肌内注射，每日2次，连续2 d，每次肌内注射青霉素前口服丙磺舒250 mg。

(3)同时服复方新诺明500 mg，每日2次，连服5 d。

1周后取咽部分泌物涂片镜检，未见革兰阴性双球菌，培养无细菌生长。

【病案 134】

患者，女，27岁，工人。

主诉 口腔黏膜溃疡伴疼痛2 d。

现病史 患者于2 d前感觉口腔痛痒不适，并出现红色斑点。未经治疗病损很快蔓延至整个口腔，疼痛明显，进食困难。进一步追问病史，于6 d前曾有不洁性交史。

检查 系统检查未见异常。口腔检查：双侧颊黏膜、舌背、舌尖、软硬腭、扁桃体、悬雍垂、咽部散在分布多数糜烂面及溃疡。周围有红晕，表面有大量脓性分泌物。妇科检查：阴道、宫颈充血水肿，宫颈口糜烂，表面有脓性白带。取其口腔损害表面分泌物及宫颈分泌物做涂片镜检和细菌培养发现淋病双球菌。

1.诊断 淋病(口腔及阴道)。

2.诊断依据

(1)口腔黏膜及咽部散在分布多数糜烂面及溃疡,周围有红晕,表面有大量脓性分泌物。

(2)妇科检查:阴道、宫颈红肿,宫颈口糜烂,脓性分泌物。

(3)取口腔损害分泌物及宫颈分泌物做涂片镜检和细菌培养发现淋病双球菌。

3.治疗

(1)给予0.1%利凡诺溶液漱口。

(2)青霉素480万U/d,分两侧1次肌内注射,肌内注射青霉素前口服丙磺舒1.0 g,同时口服四环素0.5 g,每日4次,连续7 d。

经治疗后口腔损害消失,1周后其咽部及宫颈分泌物做细菌学检查,结果为阴性。

【病案135】

患者,男,22岁,司机。

主诉　舌下部有肿物40 d。

现病史　40 d前,舌下部出现多个小赘生物,有异物感,无疼痛。3个月前,在外生殖器部位出现多个米粒大小疣状赘生物,并逐渐增大为绿豆至黄豆大。

追问病史　4个月前有嫖娼舔阴史。

检查　舌系带两侧有4个绿豆大淡红色疣状增生物,质地中等硬。包皮内外板、冠状沟、尿道口均见灰白色菜花样增生物。

实验室检查　口腔、尿道口分泌物涂片镜检未见革兰阴性双球菌,淋球菌培养(-)。

组织病理检查　取舌系带部赘生物活检见上皮过角化,棘层上部空泡形成,固有层血管扩张、充血,周围有大量炎症细胞浸润。皮损部醋酸白试验(+)。病检见表皮为乳头瘤样增生,棘层上部空泡形成,真皮乳头毛细血管扩张及慢性炎症细胞浸润。

1.诊断　尖锐湿疣(舌、外生殖器)。

2.诊断依据

(1)发病前有嫖娼舔阴史。

(2)舌系带及外生殖器部位疣状增生物,无自觉症状。

(3)组织病理,符合尖锐湿疣诊断。

3.治疗

(1)局部治疗　保持局部卫生,用3%H_2O_2溶液或1/5 000高锰酸钾溶液等消毒液清洗,表面涂0.25%疱疹净软膏或2.5%或5%氟脲嘧啶霜。

(2)物理疗法　CO_2激光、多功能电离子手术机、液氮冷冻或局部麻醉下手术切除。

(3)免疫疗法　α-人血干扰素:100万U/支,肌内注射,5~10支为一疗程。转移因子:3 U,肌内注射,2次/周。

【病案136】

患者,女,48岁,工人。

主诉　口腔内长白膜伴明显消瘦半年。

现病史 半年前无明显诱因发现口腔内白膜，在当地接受抗真菌药及皮质类固醇等药物治疗，病情反而渐加重。又出现腹泻、呕吐伴低热，体温 37～38 ℃，后行胃镜检查发现、食管、胃均有白色膜状物，诊断为"念珠菌病"

追问病史 患者自发病半年来体重由 65 kg 降至 30 kg，曾于 6 年前在当地私人流动采血站献血 6 次（单采血浆，血细胞数人混合后回输），其丈夫也有献血史，否认有非婚性接触史

检查 一般情况差 行走受限，极度消瘦，呈全身衰竭状态，生活不能自理，面色萎黄，表情淡漠。因口腔内疼痛，影响语言交流，由其丈夫代为回答问题，意识清楚，体温 37.9 ℃，全身皮肤无明显皮疹，各浅表淋巴结均未触及。口腔内舌、颊、咽、喉等几乎所有黏膜区均布满较厚腻的白色膜状物，不易擦去，无明显糜烂及渗出。病理反射 Oppenheim 征、Gorden 征（+）。腹泻，每日 7～8 次，量不多，黄色，稀糊状。

辅助检查 血常规：血红蛋白略低，白细胞总数正常，淋巴细胞总数为 0.4×10^9/L。尿常规：蛋白（++～+++），存在红细胞、管型及霉菌。大便常规：大量霉菌被检出。红细胞沉降率 110 mm/h，余正常。经防疫站艾滋病确认中心用 WB 法确诊为 HIV－1 抗体（+）。口内白色膜状物培养为厚壁孢子。

1. 诊断 获得性免疫缺陷综合征（艾滋病）伴发念珠菌病。

2. 诊断依据

(1)夫妻有不正规献血史。

(2)患者长期中低度发热、腹泻，逐渐消瘦、呕吐，呈全身衰竭状态，病理反射阳性。

(3)口腔广泛白色膜状损害，培养为白色念珠菌感染。

(4)HIV－1 抗体（+）。

3. 治疗

(1)使用 HIV 病毒疫苗。

(2)全身使用抗病毒药物。

(3)调节、增强或重建免疫功能。

(4)控制各种机会性感染。

(5)口腔局部抗真菌治疗或全身用药。

【病案 137】

患者，男，25 岁，工人。

主诉 口腔黏膜白色斑块 2 年余，发热 9 个月。

现病史 患者于 2 年前开始发觉黏膜布满白色斑块及斑点，曾就诊于他院诊断为"霉菌性口炎"，给予"制霉菌素"片含服，用药后斑块可消除，停药后次日复发。此后患者逐渐出现无诱因之消瘦，体重由 75 kg 减至 55 kg。9 个月前又出现不明诱因的低热。于半年和 1 月前先后两次高热不退而住院治疗。其间口腔病变一直未愈。2 d 前，患者又出现咳嗽、痰中带血、气短。

个人史 有不洁的性生活史。

检查 形体消瘦。脱发明显。双颌下及腹股沟淋巴结肿大。体温 37 ℃。双肺呼吸

音粗糙，肝脾不大，腹平软。神经系统检查无异常。口腔检查：见左侧口角充血糜烂，上腭，双颊，舌背及两侧舌缘可见充血糜烂区，伴有白色斑块及斑点样伪膜覆盖。$\overline{321|123}$、$\underline{32|23}$ 唇侧边缘可见界限清楚、火红色带状红斑，无溃疡，无牙周袋，牙菌斑不多。

辅助检查 痰培养为卡安布兰汉菌。胸片示肺纹理增粗模糊。实验室检查：HIV 抗体(+)，T_4 细胞 0.2×10^9/L，$T_4/T_8=0.89$(正常为 1.75～2.1)。

1.诊断

(1)获得性免疫缺陷综合征(艾滋病活动期)。

(2)口腔白色念珠菌病(红斑型、假膜型及口角炎并存)。

(3)肺部布兰汉菌感染。

2.诊断依据

(1)牙龈边缘有火红色带状红斑。

(2)口腔白色念珠菌病。

(3)长期发热，体重消瘦。

(4)肺部布兰汉菌感染。

(5)HIV 抗体(+)，T_4 细胞 0.2×10^9/L，$T_4/T_8=0.89$

3.治疗

(1)每日静脉滴注胸腺肽 60 mg。

(2)对症治疗。

(3)使用养阴扶正之中药制剂。

【病案 138】

患者，女，4 岁。

主诉 牙床红、肿、出血 1 个月。

现病史 患儿长期挑食、偏食，不吃蔬菜、水果等，鼻腔易出血，皮肤轻微受到碰撞即出现大片淤斑。1 月前无任何诱因牙床出血、红肿，口内有血腥臭味。

检查 全口牙龈缘及龈乳头肿胀、肥大，松软呈暗红色，轻探牙龈即有出血。

实验室检查 毛细血管脆性试验(+)。

1.诊断 维生素 C 缺乏症(坏血病)。

2.诊断依据

(1)患儿长期挑食、偏食，不吃蔬菜、水果。

(2)牙龈肿胀、出血。

(3)易发生鼻出血，皮肤轻撞易出现淤斑。

(4)毛细血管脆性试验(+)。

(5)诊断性治疗使用维生素 C 见效迅速。

3.鉴别诊断

(1)牙龈炎 ①局部有刺激因素，如牙石、不良修复体或嵌塞的食物。②出血部位的龈缘或龈乳头红肿、松软。③去除局部刺激素，出血即停止。

(2)血小板减少性紫癜 ①皮肤可有淤点、淤斑及血肿，可有鼻出血、尿血、便血等症

状。②牙龈自发性出血为本病的早期表现。③舌尖、舌缘、唇红、颊、软腭处易出现淤点、淤斑、血肿，口腔黏膜糜烂、溃疡。④血象：血小板减少，低于 $50\times10^9/L$。

4.治疗

(1)改善饮食结构，选择富含维生素C的新鲜水果、蔬菜。

(2)口服维生素C，300～500 mg/d，疗程3周。

(3)牙龈出血者，用明胶海绵或牙周塞制剂塞治或用3% H_2O_2 溶液轻擦，或用醮肾上腺素的小棉球或云南白药压迫止血。

(4)保持口腔卫生，防止继发感染。

【病案139】

患者，男，60岁，退休工人。

主诉　牙龈出血1个月，加重3 d。

现病史　1月前刷牙时牙龈有少量出血，经口腔洁治、口服“维生素C”和“麦迪霉素”，稍好转，但刷牙和进食时刺激牙龈，仍有少量出血。3 d前，出血量明显增多，且自发出血，遂来就诊。

检查　心肺透视无明显异常，肝脾轻度肿大，胸骨轻微压痛，前胸及双腋下皮肤有少量出血点，淋巴结肿大。口腔：全口牙龈红肿，龈缘充血，口臭，轻触牙龈即出血，量多，尤以下前牙和后牙区为重。龈上、龈下结石不明显。$\frac{4|47}{|56}$ 缺失，义齿修复良好，余牙松动Ⅰ度。

辅助检查　实验室检查白细胞计数 $16.5\times10^9/L$，分类幼稚细胞0.45，单核细胞未见增多，巨噬细胞减少。血红蛋白102 g/L，血小板 $98\times10^9/L$。骨髓涂片：细胞增生极度活跃，幼稚细胞增多，原始细胞占48%。

1.初步诊断　急性白血病(最后内科确诊为：非淋巴细胞白血病)。

2.诊断依据

(1)牙龈自发性出血，量多，不易止住。

(2)肝脾轻度肿大，胸骨压痛，前胸及双腋下皮肤有出血点。

(3)全口牙龈红肿，口臭。触诊出血多。

(4)血象和骨髓检查，明确诊断。

3.鉴别诊断　坏死性龈炎：①起病急，病变发展迅速；②牙间乳头和边缘龈坏死为本病特征；③龈缘如虫蚀状，龈乳头呈火山口状，表面覆坏死假膜，坏死区和正常牙龈间有一定的充血带；④牙龈自发出血，疼痛明显，口内有典型的腐败臭味；⑤重症者有低热、疲乏、淋巴结肿大等全身症状。

4.治疗

(1)严格保持口腔卫生，用1%过氧化氢溶液、0.2%洗必泰溶液或1%次氯酸钠溶液含漱。

(2)防止继发感染，用四环素甘油糊剂、复方三氯乙酸软膏局部涂擦、牙周袋内上碘甘油、碘酚。

(3)牙龈出血,用3%过氧化氢溶液或肾上腺素的小棉球压迫局部,或用牙周塞治剂塞治,云南白药局部压迫。

(4)转内科行综合治疗。

【病案 140】

患者,女,72岁,家庭主妇。

主诉 舌无舌苔,口干、舌灼痛3年。

现病史 3年前舌背部开始出现块状无舌苔区,口干,舌灼痛,味觉异常。曾在当地医院按"舌炎"而使用过多种抗菌素及维生素,效果不佳,症状渐加重。舌背完全无苔,光滑,上面常有小溃疡,疼痛明显,尤其进食刺激性食物时疼痛加剧,味觉迟钝,口角常皲裂,并感体质日渐衰弱,出现消瘦、失眠、纳差、记忆力减退,易患感冒。

检查 患者营养不良,瘦弱,精神尚可,反应稍迟钝,面色苍白,双侧口角区皲裂,舌背光滑,丝状、菌状乳头萎缩,舌体薄,舌背表面有两处面积约 1 cm × 1cm 的浅表溃疡,表面有黄色假膜。唇颊黏膜苍白。

辅助检查 血红蛋白 74 g/L,红细胞计数 3.4×10^{12}/L,MCV(红细胞平均体积)58 fL,MCHC(红细胞平均血红蛋白量)17 pg。白细胞计数 6.3×10^{9}/L,分类中性粒细胞 0.57,淋巴细胞 0.40,血小板计数 148×10^{9}/L。铁染色:细胞外铁(-),细胞内铁 0.04,SF(血清铁蛋白)5.1 ~ 56.2 μg/L,SI(血清铁)6.97 ~ 16.1 μmol/L,总铁结合力(TIBC)97 μmol/L。

1.诊断 缺铁性贫血。

2.诊断依据

(1)患者消瘦、失眠、纳差、贫血貌。

(2)口腔黏膜苍白,舌乳头消失,舌背光滑伴溃疡,口角皲裂。

(3)血象呈小细胞低色素性贫血,血清铁降低,血清铁蛋白降低,总铁结合力高。

3.鉴别诊断

(1)地图舌 ①发病小儿多见,偶见于成人。②病损表现为舌背丝状乳头萎缩后形成的边缘不规则的红色剥脱区,状似地图,边缘有 1 ~ 2 mm 宽的丝状乳头增生形成的黄白色边缘。③损害常突然出现,突然消失,消失后不留痕迹。

(2)核黄素缺乏引起的舌炎 ①早期舌干燥,刺痛烧灼感,继而舌体肿大,呈鲜红色,菌状乳头肿大,充血呈"草莓舌"。晚期舌背乳头萎缩,舌面光滑状如镜面。舌面可见裂纹或小溃疡。②患者可同时伴有口角炎、唇炎及阴囊皮炎、球结膜炎。③诊断性治疗,效果显著。

4.治疗

(1)补充铁剂,硫酸亚铁 0.3 g,3次/d,口服。

(2)补充复合维生素 B 及高蛋白饮食。

(3)保持口腔卫生,口腔溃疡局部用消炎、防腐、止痛的散剂或膜。

(4)查引起缺血性贫血的病因,并针对性治疗。

【病案 141】

患者,男,14岁,学生。

主诉 皮肤出现出血点3 d,鼻出血、牙龈出血、尿浓茶色1 d。

现病史 10 d前曾患感冒,高热。3 d前四肢及躯干皮肤出现出血点,逐渐增多,并出现有大片淤斑。1 d前鼻、牙龈自发性出血,尿呈浓茶色,遂来就诊。

检查 中度贫血貌,体温38.2 ℃。皮肤、黏膜苍白,四肢、躯干有广泛性出血点及出血斑,大小不等,以下肢为著。鼻腔、牙龈有少量渗血,鼻腔有血痂,口腔黏膜有血疱,胸骨无压痛。

辅助检查 血常规:血红蛋白132 g/L,红细胞计数4.3×10^{12}/L,白细胞计数11.0×10^{9}/L,分类中性杆状核粒细胞0.02、中性分叶核粒细胞0.58、淋巴细胞0.40,血小板计数20×10^{9}/L。束臂试验阳性。血块退缩不变,出血时间延长,凝血时间正常。尿常规:红细胞25~30/HP,尿潜血(++)。骨髓象:增生活跃,全片巨核细胞201个,其中幼稚巨核细胞71个、颗粒型巨核细胞110个、裸核巨核细胞20个,全片未见产血小板型巨核细胞,血小板罕见。

1.诊断 急性特发性血小板减少性紫癜(ITP)。

2.诊断依据

(1)病前10 d有感染史。

(2)皮肤、黏膜出血,血尿。

(3)发热。

(4)血小板明显减少。

(5)骨髓巨核细胞增多,以幼巨比例增多为主,血小板形成型巨核细胞缺如。

3.治疗

(1)首选药物为糖皮质类固醇激素,泼尼松60 mg/d,3次/d,口服。转内科行正规治疗。

(2)保持口腔卫生,消炎、防腐含漱剂漱口。

(3)牙龈出血用牙周塞治剂、肾上腺素、云南白药等药物局部压迫止血。

(4)牙龈或口腔黏膜糜烂,表面涂金霉素甘油糊剂,防止继发感染。

【病案142】

患者,男,21岁,学生。

主诉 活动后心悸、气短3个月。牙龈出血、鼻出血2 d,伴头晕、乏力。

现病史 2 d前不明原因牙龈、鼻腔自发性出血,不易止血。3个月前开始出现活动后心悸、气短,常头晕、乏力。曾间断性服用营养药无效。

检查 中度贫血貌,皮肤有散在出血点及淤斑,全身浅表淋巴结无肿大,胸骨无压痛,心肺功能无异常,肝脾未触及。口腔唇颊黏膜有大小不等紫色淤点、淤斑,牙龈缘可见残留的血痂。

辅助检查 红细胞计数0.92×10^{12}/L,血红蛋白50 g/L,网织红细胞0.002,白细胞计数2.7×10^{9}/L,分类中性粒细胞0.50、淋巴细胞0.50,血小板计数29×10^{9}/L。尿、粪常规、肝功能及心电图均正常。骨髓象:骨髓增生重度低下,全片未见巨核细胞,成熟血小板少见,粒系、红系细胞明显减少,可见较多非造血细胞团(网状细胞0.03、组织嗜碱细胞0.03、

浆细胞0.03,单核细胞0.04)。骨髓活检:红髓脂肪变,红细胞、白细胞、血小板均明显减少,造血面积测量为0.085(正常造血组织均为0.503)

1.诊断　慢性再生障碍性贫血。

2.诊断依据

(1)贫血貌,皮肤、口腔黏膜散在淤点、淤斑,牙龈出血,鼻出血。

(2)全血细胞减少

(3)骨髓增生重度低下,红细胞、白细胞、血小板重度降低,巨核细胞缺如,非造血细胞相对增多。

(4)骨髓活检,红髓脂肪变,红细胞、白细胞、血小板减少,造血面积减少

3.治疗　转内科治疗,口腔局部处理同病案123。

【病案143】

患者,男,5岁。

主诉　下唇部多个针尖大小黑斑5年。

现病史　患儿出生后即发现下唇部多个针尖大小黑色斑块,渐进性长大并增多,随后上唇部相继出现同样体征。

家族史　患儿母亲口腔内下唇及牙龈有大小不等的色素斑,常便血。曾做乙状结肠镜检发现直肠或结肠内多发性息肉,于3年前肠梗阻作急诊手术。

检查　患儿一般情况良好,心肺未发现异常。下唇唇红、口内黏膜及上唇唇红部可见散在多个黑色圆或椭圆形斑块,直径0.1~2 mm,大小不等,边界清楚,不高出皮肤和黏膜面。双侧下睑缘可见针尖大小散在黑色斑。指、趾尖有0.1~0.2 mm直径的色素斑。

辅助检查　钡灌肠检查可见乙状结肠与直肠交界处有黄豆大小钡圈。

1.诊断　色素沉着肠息肉综合征(普杰病,Peutz－Jegher disease)。

2.诊断依据

(1)家族史阳性。

(2)口腔黏膜及皮肤多发性色素斑。

(3)钡灌检查辅助诊断。

3.鉴别诊断　黑斑:①口腔内黏膜局限性色素沉着;②表现为深褐色,直径0.1~0.3 mm,界清,不突出黏膜面;③患者无任何症状,身体健康;④病检上皮基底层及固有层黑色素沉着增加。

4.治疗

(1)口周色素范围广,肠息肉小,未引起肠梗阻及出血,暂不做手术,定期复查。

(2)若有肠道症状,如肠梗阻、便血等,应做肠息肉切除术。口周色素斑可切除或不作特殊处理。

第二章　口腔颌面外科学

第一节　口腔颌面部炎症

【病案 144】

患者,男,28岁,工人。

主诉　右下后牙区胀痛不适2个月,加重3 d。

现病史　2月前,自觉右下后牙区胀痛不适,咀嚼、吞咽开口活动时疼痛加重。经抗炎治疗,症状明显减轻。近3 d来,病变部呈自发性跳痛,并向耳颞部放射,全身无明显不适。

检查　全身检查,未见异常。口腔专科检查:右下第三磨牙萌出不全,低位阻生,智齿周围软组织及牙龈发红,肿胀,有触痛,探针检查,可在龈瓣下探出部分萌出的智齿。张口轻度受限。

实验室检查　白细胞计数升高,中性粒细胞偏高,其他正常。

1.诊断　右侧下颌智齿冠周炎。

2.诊断依据

(1)右下后牙区胀痛不适2个月。

(2)自发性跳痛3 d。

(3)咀嚼、吞咽、开口时疼痛加重。出现张口困难。

(4)抗炎治疗有效,但反复发作。

(5)8|高低位阻生,智齿周围软组织及牙龈发红、肿胀、有触痛。

3.鉴别诊断

(1)第二磨牙远中颈部龋引起的牙髓炎　①第三磨牙远中颈部发黑,探针探之有粗糙感;②第二磨牙远中牙龈常发红、肿胀。

(2)恶性肿瘤　①常发生于第三磨牙区牙龈;②生长速度快;③浸润性生长,界限不清;④常伴有局部疼痛、头痛、出血等症状;⑤对机体影响大;⑥抗炎治疗无效。

4.进一步检查　X射线片检查8|中近中低位阻生。

5.治疗

(1)抗炎治疗。

(2)炎症控制后,拔除阻生牙。

【病案 145】

患者，女，23 岁，学生。

主诉　左后牙区疼痛 1 周，左侧颌下区肿胀 2 d。

现病史　1 周前，患者自觉左侧后牙区疼痛，吞咽、开口活动时疼痛加剧。曾局部冲洗、上药及全身抗炎治疗，病情缓解。2 d 前，肿胀复发，出现肿胀不适，疼痛加剧。同时，左颌下区肿胀，有压痛，逐渐加重。遂来我院就诊。发病以来，患者神志清楚，饮食正常，大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：左右面部不对称，左侧颌下三角区肿胀，下颌骨下缘轮廓消失，皮肤紧张，有压痛，按压有凹陷性水肿，左侧下颌第三磨牙萌出不全，牙冠被肿胀牙龈覆盖，周围软组织及牙龈发红，肿胀、触痛，盲袋溢出脓血样物。

实验室检查　白细胞计数升高。

1. 诊断　左侧下颌智齿冠周炎合并颌下间隙感染。

2. 诊断依据

(1)后牙区疼痛 1 周，左侧颌下区肿胀 2 d。

(2)抗炎治疗及局部冲洗有效。

(3)左侧下颌第三磨牙萌出不全，软组织及牙龈发红、肿胀、触痛，盲袋溢脓。

(4)颌下三角区肿胀，下颌骨下缘轮廓消失，皮肤紧张，有压痛，按压有凹陷性水肿。

(5)白细胞计数升高。

3. 鉴别诊断

(1)急性化脓性淋巴结炎　①幼儿常见；②多继发于上呼吸道感染；③早期有肿大、压痛的淋巴结；④炎症是以淋巴结为中心逐步向周围扩大；⑤淋巴结常与周围组织粘连，不能移动。

(2)涎石阻塞导管而致颌下腺炎　①进食时颌下腺部位肿胀和疼痛；②颌下腺导管口溢脓；③双手触诊扪及导管内结石。

4. 治疗

(1)全身抗炎治疗。

(2)脓肿形成时，切开引流。

(3)炎症控制后，拔除智齿。

【病案 146】

患者，男，24 岁，军人。

主诉　右下后牙反复疼痛 1 个月，右颌下肿物 2 d。

现病史　1 个月前，患者右下后牙区无明显诱因出现疼痛。在当地医院诊断为“智齿冠周炎”予以局部冲洗，涂“擦碘甘油”及全身抗炎治疗（具体药物、剂量不详），效果明显。但 1 月来反复发作，2 d 前，右下后牙区疼痛复发，伴有发热（体温未测），并感到右颌下区有多个肿物，有轻微钝痛，遂来我院治疗。患病以来，精神、饮食、睡眠可，大小便正常。

检查　全身体检，体温 38.5 ℃，余未见异常。口腔专科检查：右侧下颌第三磨牙垂直

高位阻生，智齿周围软组织及牙龈红肿，局部有软垢聚集，触痛，右侧颌下区有4个肿大的淋巴结，质硬，触诊发现大小不等、有压痛，淋巴结周围界限清楚，活动而无粘连。全身无异常反应。

实验室检查　白细胞计数 $15.0\times10^9/L$。

1.诊断　右侧下颌智齿冠周炎合并颌下淋巴结炎。

2.诊断依据

(1)右侧下颌磨牙区疼痛1个月。

(2)抗炎治疗有效，但经常复发。

(3)右侧下颌智齿高位垂直阻生，周围软组织及牙龈红肿。

(4)右侧颌下区淋巴结肿大、充血、水肿、质硬、界清、活动无粘连。

(5)白细胞计数 $15.0\times10^9/L$，体温38.5℃。

3.鉴别诊断

(1)右智齿冠周炎合并颌下间隙感染　①右颌下三角区肿胀，下颌骨下缘轮廓消失；②皮肤紧张，有压痛，按压有凹陷性水肿。

(2)右颌下腺炎　①颌下区疼痛；②挤压颌下腺能压出脓性或黏液脓性分泌物；③进食时颌下腺部位肿胀和疼痛；食后，肿大及疼痛减轻；④颌下腺扪之肿大，有压痛，质稍硬；⑤可扪及涎石；⑥可有全身反应，如体温上升、脉搏加快、白细胞计数增加等。

4.治疗

(1)抗炎治疗。

(2)局部物理疗法(湿热敷、超短波)或中药外敷疗法。

(3)已化脓者应及时切开引流。

(4)炎症消退后拔除病灶牙。

【病案147】

患者，女，28岁，干部。

主诉　左下后牙区肿胀疼痛3 d。

现病史　3 d前，患者劳累后出现左下后牙区肿胀、疼痛，咀嚼时加重，在当地医院诊断为“智齿冠周炎”，予以抗炎治疗(具体药物、剂量不详)、局部冲洗、涂擦“碘甘油”，疗效欠佳。现出现持续性疼痛、跳痛，并向左侧头颞部放射、自觉口内有咸稠液体溢出，遂来我院就诊。发病以来，患者纳差、精神差、大小便尚可，无发热、寒战、畏寒等症状。

检查　全身体检未见异常。口腔专科检查示：⌈8前倾阻生，远中有龈组织覆盖，盲袋形成，袋内有少许食物残渣，袋壁形成脓肿。⌈6颊侧黏膜转折处见0.4 cm×0.5 cm大小的瘘口，瘘口周围组织红肿充血，挤压有少量脓性分泌物，⌈6叩诊(－)，无松动，未探及龋坏及牙周袋。

实验室检查　白细胞计数 $10.3\times10^9/L$。

X射线检查　⌈8近中阻生，牙冠下方见小面积低密度影。⌈6根尖周骨质密度正常、均匀，结构正常。

1.诊断　⌈8智齿冠周炎合并⌈6颊侧瘘。

2.诊断依据

(1)左下后牙区肿痛不适3 d。

(2)┌8近中阻生,远中龈组织覆盖形成盲袋,袋壁有脓肿形成。

(3)┌6颊侧黏膜转折处见4 mm×5 mm大小瘘口,瘘口周围组织红肿充血,挤压有脓液溢出,┌6叩诊(-),无松动,未探及龋坏及牙周袋。

(4)X射线检查 ┌8近中阻生,牙冠下方见小面积低密度影,┌6根尖周密度正常、均匀,结构正常(骨小梁排列正常)。

3.鉴别诊断

(1)左下颌第一磨牙根尖周炎 ①┌6多有龋齿、隐裂、楔状缺损等牙体病或牙周病,可探及深的牙周袋;②主要表现为自发性疼痛及咬合痛,可有浮出感,定位明确;③牙片可见┌6根尖有低密度阴影;④根尖周炎可从颊侧破溃成瘘口,多在牙槽嵴上对应于根尖处,而非黏膜转折处。

(2)左下颌部牙龈癌 ①多表现为经久不愈的溃疡;②浸润性生长,生长迅速,界限不清,基底硬韧,表面可有坏死出血,累及的患牙松动、脱落;③X射线片示肿块生长部位的牙槽骨破坏,呈底小口大的扇形。

4.进一步检查 CT或MRI检查。

5.治疗

(1)抗炎治疗,局部冲洗。

(2)炎症控制后,拔除病灶牙。

(3)拔除患牙的同时切除瘘道、瘘口。

【病案148】

患者,男,30岁,农民。

主诉 左侧下后牙区反复肿痛1年,继发左面颊瘘2 d。

现病史 1年前,患者劳累后自觉左下后牙区肿胀、不适,吞咽、咀嚼时疼痛尤明显,未采取治疗,1周后自行缓解。1年来,患区疼痛反复发作,曾自行服用"去痛片"效果不佳,其他未采取特殊治疗,肿痛多在1周左右自行缓解。5 d前,左下后牙区再次肿痛不适,伴有左侧颊部逐渐肿大。2 d前,患者左侧面颊部肿胀区域溃破,并有黄色脓液溢出,面颊肿胀稍缓解。遂来我院就诊,患病以来,患者无发热、寒战、畏寒等症状。精神可,睡眠可,纳差,大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查示:张口度正常,左侧下颌第三磨牙Ⅱ类高位垂直阻生,远中龈组织覆盖部分殆面,形成盲袋,袋壁有脓肿形成,压有脓性分泌物排出。左颊部于嚼肌前缘距下颌骨体下缘约2.5 cm处,有一5 mm×5 mm大小瘘管口,挤压有脓液溢出,瘘口周围组织肿胀。

实验室检查 白细胞计数11.0×10^9/L。

1.诊断 ┌8智齿冠周炎合并面颊瘘。

2.诊断依据

(1)┌6 Ⅱ类高位垂直阻生,冠远中龈组织覆盖殆面,形成盲袋,袋内形成脓肿。

(2)左面颊部于嚼肌前缘、距下颌骨体下缘约 2.5 cm 处见 5 mm×5 mm 大小瘘口，压迫有脓液溢出。

(3)白细胞计数 11.0×10^9/L。

3.治疗

(1)抗炎治疗，根据药敏结果选择抗生素。

(2)炎症控制后拔除病灶牙。

(3)拔除患牙的同时切除瘘道，缝合面部皮肤瘘口。

【病案 149】

患者，男，27 岁，农民。

主诉　右下后牙疼痛 3 周，右下颌角区胀痛伴张口困难 2 周。

现病史　3 周前，无明显诱因而自觉右下后牙区疼痛，第三磨牙冠周牙龈红肿，咀嚼时加重，口服“螺旋霉素片”(每日 3 次，1 次 3 片)病情缓解。2 周前，右下后牙区疼痛不适加重，并出现面部肿胀，张口困难，并逐渐加重，口服抗生素无效，遂来我院就诊。发病以来，精神、睡眠尚可，饮食困难，大小便正常，无畏寒、发热等症状。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：左右面部不对称，右侧下颌角嚼肌区肿胀，皮肤紧张发亮，触之有凹陷性水肿、压痛，穿刺可抽出黄色脓液。张口重度受限，右侧下颌第三磨牙区红肿，第三磨牙远中倾斜阻生。

实验室检查　白细胞计数升高，分类中性粒细胞比例升高。

1.诊断　右侧下颌智齿冠周炎合并嚼肌间隙感染。

2.诊断依据

(1)右侧下颌角区肿胀 2 周伴张口困难。

(2)3 周来，反复的下颌第三磨牙区肿痛，抗炎治疗有效。

(3)右侧下颌第三磨牙垂直阻生，并远中倾斜。

(4)右侧下颌角区肿胀，皮肤紧张发亮。

(5)触诊有凹陷性水肿及压痛。

(6)穿刺抽出黄色脓性液体。

3.鉴别诊断

(1)翼颌间隙感染　①早期症状是张口受限；②牙关紧闭，张口及咀嚼食物时疼痛加剧；③疼痛可向耳颞部放射；④可有下唇及颏部麻木及感觉不适；⑤一般面部无显著炎症征象。

(2)颞下间隙感染　①早期：以上颌骨后份的疼痛为主，在张口时疼痛较明显，可向颞部放射；②患侧上颌磨牙后区或接近上颌结节的颊侧黏膜皱折可见炎性水肿；③触诊：有硬结及压痛；④张口轻度受限；⑤张口时下颌微偏向患侧；⑥颧骨颧突后方的凹陷变得丰满，甚至肿胀可波及颧弓以上或颞部。

4.治疗

(1)全身抗炎治疗。

(2)局部物理疗法或外敷中药。

(3)脓肿切开引流。

(4)感染被控制后,拔除右侧下颌第三磨牙。

【病案 150】

患者,27 岁,男,工人。

主诉　左下后牙区疼痛 1 周,牙关紧闭 3 d。

现病史　1 周前,患者无明显诱因出现左下后牙区不适。2 d 后,左下后牙区肿胀、疼痛,自服“螺旋霉素片”(每日 3 次,1 次 3 片)疼痛稍缓解。近 3 d 来,疼痛加剧,且向耳颞部放射,并出现张口困难,影响进食,遂来我院就诊。患病以来,精神一般,纳差,大小便尚可。有发热、畏寒等症状。

检查　全身体检未见异常。口腔专科检查:双侧颌面部不对称,左侧下颌骨升支后缘肿胀,有深压痛,未扪及波动感,穿刺抽吸出淡黄色黏稠脓液,张口重度受限(牙关紧闭)口内未查。

X 射线检查　$\overline{8|}$ 近中低位阻生。

1.诊断　左下颌第三磨牙智齿冠周炎合并翼下颌间隙感染。

2.诊断依据

(1)左下后牙区疼痛 1 周,牙关紧闭 3 d。

(2)抗炎治疗稍缓解。

(3)重度张口受限,且伴耳颞部放射痛。

(4)$\overline{8|}$ 近中低位阻生。

(5)翼下颌皱襞处黏膜水肿,下颌支后缘稍内侧有深压痛。

(6)穿刺抽出黄色脓性液体流出。

3.鉴别诊断

(1)智齿冠周炎合并嚼肌间隙感染　①智齿冠周炎;②下颌角区肿胀,皮肤紧张发亮;③触诊,凹陷性水肿,疼痛,伴张口受限,穿刺有黄色脓液。

(2)智齿冠周炎合并颞下间隙感染　①智齿冠周炎;②张口轻度受限;③张口时微偏患侧;④早期:以上颌骨后份疼痛为主,在张口时疼痛加重,可向颞部放射;⑤患侧上颌磨牙后区接近上颌结节时的颊黏膜处可见炎性水肿;⑥有破溃,触诊有压痛。

4.治疗

(1)脓肿切开引流。

(2)全身抗炎治疗。

(3)感染控制后,拔除患牙。

【病案 151】

患者,男,25 岁,工人。

主诉　左侧颌下肿胀,疼痛 4 d。

现病史　患者 10 d 前无明显诱因出现左下后牙疼痛,未采取治疗,牙痛缓解。近 4 d 来,左侧颌下区肿胀,疼痛明显,遂来我院就诊。起病以来,患者精神差,纳差,无发热、畏

寒、寒战等症状，睡眠及大小便正常。

检查 急性病容，体温37.3℃。口腔专科检查示：双侧颌面部不对称，左侧颌下区呈弥漫性肿胀，质硬韧，压痛明显，按压呈凹陷性水肿，有波动感。张口重度受限，约0.5 cm。口内未查。

实验室检查 白细胞计数11.3×10^9/L，分类淋巴细胞0.20，中性多核粒细胞0.76，中性杆状核粒细胞0.04。穿刺抽吸出黄色脓液。

1.诊断 左颌下间隙急性蜂窝织炎。

2.诊断依据

(1)左颌下区肿胀、疼痛4 d。

(2)左颌下区弥漫性肿胀，质硬韧，压痛明显，凹陷性水肿，有波动感。

(3)血常规示：白细胞计数11.3×10^9/L。穿刺抽吸出黄色脓液。

3.鉴别诊断

(1)急性化脓性颌下淋巴结炎 ①多继发于呼吸道感染或颌面部急性炎症；②炎症初期，淋巴结界清可活动，质地硬，化脓后则疼痛加剧，全身症状明显；③炎症致包膜破溃后可致颌下间隙感染，则难以扪及淋巴结。

(2)慢性颌下腺炎 ①多见于青壮年男性；②多有涎石或导管狭窄等致病因素存在；③主要表现为进食时颌下区的反复肿胀疼痛；④病程久者腺体质地硬韧；⑤患者全身情况良好。

4.进一步检查 穿刺液体送细菌培养示金黄色葡萄球菌感染。

5.治疗

(1)脓肿切开引流术。

(2)抗炎支持治疗。

【病案152】

患者，男，4岁，儿童。

主诉 咳嗽1周，颏下肿胀、疼痛2 d。

现病史 患儿1周前受寒后咳嗽、无痰，经口服消炎药(具体药物、剂量不详)有效，咳嗽减轻。2 d前，颏下出现一肿物，枣状大小，增大较快，疼痛明显，并出现低热，遂来我院就诊。患儿起病以来，精神可，睡眠、饮食正常、大小便正常。

检查 体温38℃，患者全身情况可，神志清楚。口腔科专科检查示：颏下肿胀明显，可触及一大小约3.0 cm×3.0 cm肿物，质硬韧，界清，触痛明显，活动度差，未扪及波动感。口内查未见异常。

实验室检查 白细胞计数19.7×10^9/L，分类单核细胞0.01，淋巴细胞0.25，中性多核粒细胞0.70，中性杆状核粒细胞0.04。

1.诊断 颏下急性化脓性淋巴结炎。

2.诊断依据

(1)1周前受寒后咳嗽，2 d前颏下出现肿物。

(2)颏下触及3 cm×3 cm大小肿物，质硬韧，界清，触痛明显，活动度差，无波动感。

(3)体温38℃。白细胞计数19.7×10^9/L,分类单核细胞0.01,淋巴细胞0.25,中性多核粒细胞0.70,中性杆状核粒细胞0.04。

3.鉴别诊断

(1)颏下间隙感染　①多继发于颏下化脓性淋巴结炎;②颏下区肿胀弥散,界不清,质硬,压痛明显;③有脓肿形成时,可有明显波动感;④全身症状明显;⑤可向两侧颌下间隙扩散。

(2)结核性淋巴结炎　①由结核杆菌感染引起,主要表现为慢性炎症过程;②开始仅有轻微的淋巴结肿大,可扪及单个或多个质硬无痛的淋巴结,缓慢长大并相互融合;③当淋巴结内发生干酪样坏死形成冷脓肿后,可有疼痛波动,破溃后形成瘘管;④有贫血、盗汗、低热等全身症状;⑤结核菌素试验(+),脓液涂片可查出结核杆菌。

(3)恶性淋巴瘤结内型　①常为多发性;②肿大的淋巴结可移动,质地坚实,无压痛,大小不等,融合成团后则失去移动性;③晚期患者常有发热、消瘦、贫血、乏力等症。

4.进一步检查　行局部肿胀区穿刺,将抽出的脓液送检,进行细菌培养和药敏试验。

5.治疗

(1)抗炎、支持治疗。

(2)脓肿形成,即行脓肿切开引流术。

【病案153】

主诉　右颞部肿胀1周。

现病史　1周前,发现右侧颞部肿胀、疼痛,遂到我院就诊。入院以来,患者睡眠、大小便均正常。

既往史　1月前,患者因右耳中耳炎进行治疗,至今未愈。

检查　全身检查无异常。口腔专科检查示:右侧颞部肿胀,约4 cm×3 cm,扪之柔软,有凹陷性水肿和压痛,波动感明显。穿刺抽出淡黄色稀薄脓液。

1.诊断　右颞间隙蜂窝织炎(耳源性)。

2.诊断依据

(1)右颞部肿胀1周。

(2)有化脓性中耳炎病史。

(3)肿胀明显,触之柔软,有凹陷性水肿和压痛,波动感明显。

(4)穿刺抽出淡黄色稀薄脓液。

3.治疗

(1)全身抗炎治疗。

(2)脓肿切开引流。加强锻炼。

(3)积极治疗中耳炎,提高机体抗病能力。

【病案154】

患者,女,7个月。

主诉　右颌下肿物6个月。

现病史 6个月前无意中发现患儿右颌下有一花生米大小肿物，活动。1个月前发现该肿物生长加快，疼痛，患儿出现发热，口服药物治疗无效（药名、剂量不详），求治我院。患儿饮食、睡眠尚可。

检查 全身检查，体温38.8℃，余未见异常。口腔专科检查：右颌下肿胀，皮肤红，表面肿胀发亮，皮温高，触痛明显，范围约3.0 cm×4.0 cm，波动感明显，穿刺抽出黏稠有臭味脓性液体。口腔黏膜正常，右颌下腺导管口无红肿及脓性分泌物。

1.诊断 右侧急性化脓性颌下间隙感染。

2.诊断依据

(1)患儿发生颌下间隙感染，多为腺源性，6月前，患儿右颌下有一花生米样肿物可能为肿大的淋巴结。

(2)发热，右颌下肿物生长加快，伴疼痛。

(3)体温38.8℃，右颌下红、肿、热、痛。

(4)右颌下肿胀区穿刺抽出脓液。

3.鉴别诊断

(1)鳃裂囊肿并感染 ①多见于20～50岁患者；②第二鳃裂囊肿来源者常见，多位于颈上部、胸锁乳突肌上1/3的深面及前缘，与舌骨平齐；③触诊囊肿柔软，表面光滑，有波动感，穿刺抽出水样、乳糜样或浓稠液体；④继发感染时，伴有疼痛，并可放射至耳部及腮腺区；⑤鳃裂囊肿继发感染破溃后形成鳃裂瘘，经久不愈。

(2)右侧颌下腺化脓性炎症 ①口底及颌下部肿胀明显，压痛明显，界限不清，表面皮肤发红；②舌下肉阜及颌下腺导管口红肿，压迫腺体有脓液自导管口流出；③全身反应明显，体温升高，脉搏、呼吸加快，白细胞计数增加，中性白细胞增多等。

4.进一步检查 将穿刺抽出的脓液送细菌培养，并作药敏感试验。

5.治疗

(1)脓肿切开引流术。

(2)抗炎治疗，依据药敏结果，选择抗生素。

(3)全身支持治疗。

【病案155】

患者，女，24岁，导游。

主诉 颏下部肿胀疼痛2周，加重1周。

现病史 2周前，患者无意中触摸到双侧颏下有两个花生米大小的肿块，可活动，轻微疼痛，未治疗。1周前，突发颏下弥漫性肿大，疼痛，皮肤红肿硬结。遂到我院求治。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：颏下弥漫性肿胀，范围4.0 cm×4.0 cm，皮肤充血、疼痛。扪之有波动感及凹陷性水肿。┌1牙体呈灰色，叩诊(－)，X射线示下颌骨骨质未见破坏，┌1根尖周骨密度减低。

1.诊断 双侧颏下间隙蜂窝织炎（牙源性）。

2.诊断依据

(1)双侧颏下肿大1周。

(2)肿胀区皮肤充血、疼痛。扪之有波动感及凹陷性水肿。

3.治疗

(1)抗炎支持治疗。

(2)局部切开引流。

【病案 156】

患者,男,53岁,农民。

主诉 口底咽喉部肿胀疼痛半月,吞咽困难1 d。

现病史 半月前,患者进食时被“麦芒”扎伤咽喉部。当时感到疼痛、肿胀不适,经用药物治疗,效果欠佳。3 d前,肿胀、疼痛加重,尤以吞咽痛为重。自昨天中午开始,患者不能进流质饮食,发热,吞咽困难,言语障碍。在当地抗炎治疗,疗效欠佳。故来我院求治,门诊以“口底蜂窝织炎”收入院。

检查 全身检查,体温39.2℃,余未见异常。口腔专科检查:双侧颌下区、颏下区肿胀,左侧肿胀较右侧明显。表面皮肤充血不明显,扪诊肿胀区域质坚实,呈板结状,局部有波动感。皮温不高,压痛明显。口内查:口底肿胀,舌体被抬举升高,运动受限,咽部充血红肿明显,吞咽及发音障碍。

1.诊断 化脓性口底蜂窝织炎。

2.诊断依据

(1)异物刺伤咽部病史半个月。

(2)局部肿、痛、充血。

(3)体温39.2℃,双侧颌下区、颏下区肿胀,左侧肿胀较右侧明显。扪诊肿胀区域质坚实,板结状,局部有波动感,压痛明显。口底肿胀,舌体被抬举升高,运动受限。吞咽及发音障碍。

3.鉴别诊断

(1)口底囊肿并感染 ①常发生于口底的软组织囊肿,以皮样(表皮样)囊肿和甲状舌管囊肿居多。②皮样囊肿多见于口底、颏下,起病缓慢,表面光滑,与周围组织界限清、无粘连,触之面团样感。多无自觉症状,穿刺抽吸出乳白色豆渣样物,有时可见皮肤附件。有感染时局部肿胀,穿刺有脓液,破溃后形成瘘管。③甲状舌管囊肿以舌骨上下多见,圆形,生长缓慢,与舌骨有坚韧条索相连,随吞咽而移动。生长于舌盲孔下面或前后部的,可使舌根肿胀,吞咽、发音障碍,继发感染后可形成甲状舌管瘘。全身症状不明显。

(2)卢德维咽峡炎 ①是由厌氧菌或腐败坏死性细菌为主引起的腐败坏死性口底蜂窝织炎;②软组织水肿,上至面颊部,下至颈部锁骨水平;③肿胀区皮肤初起为红色,明显凹陷性水肿,无弹性,随病变发展,可出现波动感及捻发音;④舌体抬高运动障碍、吞咽、呼吸、发音障碍;⑤切开可见大量咖啡色、稀薄、恶臭混有气泡的液体;⑥全身症状明显,少数炎症可向纵隔扩散。

4.进一步检查 穿刺可抽出脓性物,并送细菌培养加药敏试验。

5.治疗

(1)全身抗炎、支持治疗。

(2)脓肿切开引流。

【病案 157】

患者，男，30 岁，教师。

主诉　左下颌角区肿胀伴张口受限 8 d。

现病史　1 个月前，患者无明显诱因出现左下颌第二磨牙疼痛，咬合痛明显，自觉患牙浮出感，遂到医院求治，予以"开髓，扩根管，封消毒药"处理，疼痛缓解，因无不适，故未到医院完成治疗。8 d 前，患牙再次出现明显咬合痛，并出现左下颌角区域肿胀，有压痛，张口受限，在当地医院行抗炎治疗(具体药物及剂量不详)效果不佳。肿胀逐渐加重，遂来我院就诊。患者发病以来，精神可，进食受限，睡眠可，大小便正常，无发热、寒战、畏寒等症状。

检查　全身检查，未见异常。口腔专科检查：左右面部不对称，左侧以下颌角为中心的咬肌区肿胀、充血，压痛明显伴张口受限，有凹陷性水肿，经穿刺抽出黄色脓性液体。⌈7 面见一Ⅰ类洞，内有白色充填物，去充填物，髓腔内有药捻，上有暗红色渗出物，髓腔内有脓液渗出，叩诊(++)，松动Ⅰ度。

实验室检查　白细胞计数偏高。

1. 诊断　左侧咬肌间隙蜂窝织炎。

2. 诊断依据

(1)⌈7 根尖周炎疼痛 1 个月。

(2)左侧下颌角肿胀 8 d 伴张口受限。

(3)肿胀以下颌角为中心充血，有压痛及凹陷性水肿。

(4)穿刺抽出黄色脓性液体。

3. 鉴别诊断

(1)翼颌间隙感染　①早期症状是张口受限；②疼痛可向耳颞部放射；③一般面部无显著炎症征象；④疼痛可向耳颞部放射。

(2)颞下间隙感染　①早期，以上颌骨后份的疼痛为主，在张口时疼痛较明显，可向颞部放射；②张口轻度受限；③张口时下颌微偏向患侧；④患侧上颌磨牙后区或接近上颌结节的颊侧黏膜皱折处可见炎性水肿。

4. 治疗

(1)抗炎治疗。

(2)局部物理疗法及外敷中药。

(3)脓肿切开引流术。

(4)拔除⌈7。

【病案 158】

患者，男，30 岁，农民。

主诉　拔牙后张口困难 2 周。

现病史　2 周前，在当地医院诊断 8⌉ 阻生，并在右下牙槽神经阻滞麻醉下行 8⌉ 拔除

术，手术顺利，术后自服抗生素药片（剂量、药名不详）。术后1 d感到张口困难、咀嚼食物疼痛，并逐渐加重，遂来我院就诊。患病以来，饮食困难，精神欠佳，睡眠差，大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：颌面部两侧对称，未见右侧肿胀，张口中度受限，8┐拔除，创口愈合良好，翼下颌皱襞处黏膜水肿，下颌支后缘稍内侧有轻度肿胀，有深压痛，穿刺抽出淡黄色稀薄液体。

1.诊断 右翼下颌间隙感染。

2.诊断依据

(1)张口受限2周。

(2)翼下颌皱襞处黏膜水肿。

(3)下颌支后缘稍内侧有轻度肿胀，有深压痛。

(4)穿刺抽出淡黄色稀薄液体。

3.鉴别诊断

(1)颞间隙感染 ①多由邻近间隙感染扩散而致；②可表现为局限颞部的肿胀或呈伴有腮腺咬肌区、颊部、颧部的广泛肿胀，肿胀部位有压痛及凹陷性水肿，张口受限；③浅部脓肿可扪及波动感，深部脓肿穿刺有脓液；④脓液长期聚积可致颞骨骨髓炎、脑膜炎、脑脓肿等症状。

(2)颞下间隙感染 ①早期以上颌骨后份的疼痛为主，在张口时疼痛较明显，可向颞部放射；②患侧上颌磨牙后区或接近上颌结节的颊侧黏膜皱折可见炎性水肿；③触诊有硬结及压痛；④张口轻度受限，张口时下颌微偏向患侧；⑤颧骨颧突后方的凹陷变得丰满，甚至在颧弓以上或颞部肿胀。

(3)咬肌间隙感染 ①多由智齿冠周炎引起；②下颌角区肿胀，皮肤紧张发亮；③触诊有凹陷性水肿，压痛伴张口受限。

4.治疗

(1)全身抗炎治疗。

(2)脓肿切开引流术。

【病案159】

患者，男，35岁，环卫工人。

主诉 左侧面颊部肿胀5 d。

现病史 5 d前，患者感左下后牙疼痛，不能咀嚼，并感左面颊肿胀不适，伴有轻度疼痛，口服"先锋霉素"胶囊，症状减轻。停药后，颊部逐渐肿大，疼痛且逐渐加重。发病以来，精神佳，睡眠、饮食、大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：颌面部左右不对称，左侧颊部肿大。前界位于口角区后方，后界止于咬肌前缘，上界位于颧骨下方，下界止于下颌角下缘稍上方，触诊柔软，有波动感、压痛。┌7 殆面见龋坏，探诊腐质多，已穿髓，叩诊(++)，X射线检查示┌7根尖有0.5 cm×0.5 cm大小低密度影，边缘不规则。

1.诊断 左颊间隙感染。

2.诊断依据

(1)左颊部肿胀 5 d。

(2)颌面部左右不对称 触诊柔软，有波动感，压痛。白细胞计数升高。

3.进一步检查 做 B 超和穿刺检查。

4.治疗

(1)抗炎治疗。

(2)切开引流术(口内唇颊沟处切开)。

【病案 160】

患者，男，28 岁，干部。

主诉 右舌下肿胀疼痛 2 d。

现病史 2 d 前，患者发现舌下肿胀疼痛，舌体活动受限，进食、吞咽稍有困难，遂来我院就诊。患病以来，精神一般，饮食差，睡眠、大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：舌下黏膜充血，舌体抬高，伸舌时偏向左侧，运动受限，吞咽稍有困难，口底可扪及波动。$\overline{4|}$残根，叩诊(++)。

实验室检查 白细胞计数 12.0×10^9/L。

1.诊断 右侧舌下间隙蜂窝织炎。

2.诊断依据

(1)舌下肿胀 2 d。

(2)舌下黏膜充血，进食、吞咽稍有困难。

(3)舌体被抬高，伸舌时偏向左侧。

(4)口底可扪及波动。

(5)白细胞计数 12.0×10^9/L。

3.鉴别诊断 右舌下腺囊肿：①常见于青少年，位于下颌舌骨肌上下的舌下区；②呈浅紫蓝色，扪诊质地柔软；③舌体抬高似重舌，含橄榄语音明显；④穿刺抽吸出淡黄色囊液；⑤可反复溃破复发。

4.进一步诊断

(1)B 超检查。

(2)颌骨曲面断层片检查$\overline{4|}$根尖周情况。

(3)穿刺抽出脓液，做细菌培养及药敏试验。

5.治疗

(1)抗炎、支持治疗。

(2)切开引流术。

【病案 161】

患者，男，39 岁，干部。

主诉 左侧上颌尖牙疼痛 5 d，继发左眶下区肿胀疼痛 2 d。

现病史 5 d 前，患者无明显诱因出现左侧上颌尖牙疼痛，咀嚼时尤甚，上下牙齿不敢对叩，未采取治疗。2 d 前出现左侧眶下区肿胀，疼痛不适，且肿胀逐渐加重，现已波及左

眼睑及附近区域,左眼无法睁开,遂来我院就诊。发病来,精神差、饮食困难,睡眠、大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查示:双侧颜面部不对称,左侧颜面肿胀,肿胀范围为左眼眶下缘以下、颧部以内、鼻侧缘以外、上唇底部以上,皮肤充血,触痛明显,皮温升高,未扪及波动感。左眼上下眼睑水肿明显,睑裂变窄,左侧鼻唇沟消失。口内查⌊3无松动,叩痛(+),远中邻面探及深龋,已穿髓,探痛不明显,左上唇颊沟变浅。

实验室检查 白细胞计数 $11.6\times10^9/L$。

X 射线检查 曲面断层片,⌊3远中邻面深龋,根尖见 5 mm×5 mm 大小低密度影,边缘不规则。

1.诊断

(1)⌊3急性根尖周炎。

(2)左侧眶下间隙蜂窝织炎。

2.诊断依据

(1)左侧上颌尖牙疼痛 5 d,继以左眶下区肿胀疼痛 2 d。

(2)⌊3无松动,探及远中邻面深龋,已穿髓,叩诊(+)。

(3)左侧面部肿胀区域上至眶下缘,下至上唇底部,前至鼻内侧缘,后至颧部。皮肤充血、皮温升高,触痛明显,鼻唇沟消失,未扪及波动感,左上唇颊沟变浅。

3.鉴别诊断

(1)左侧上颌窦炎 ①急性上颌窦炎的疼痛为持续性胀痛。②有鼻腔阻塞、流脓涕、头痛等症状。③上颌窦前壁压痛明显。

(2)左侧上颌骨骨髓炎(中央性) ①较为罕见,很少形成广泛的骨质破坏。②全身症状明显,有高热、寒战、白细胞升高。③剧烈的放射性疼痛为早期症状。④炎症波及整个上颌骨体,常伴有化脓性上颌窦炎,鼻腔、龈袋有脓溢出。⑤炎症突破外板可致眶下间隙感染。⑥X 射线检查见大块死骨形成与周围骨质分界清楚。

4.进一步检查 做 X 射线、CT 或 MRI 检查和穿刺检查辅助诊断。

5.治疗

(1)抗炎治疗。

(2)炎症控制后,拔除⌊3或行⌊3根尖切除术。

【病案 162】

患者,男,11 岁,学生。

主诉 右侧颌下肿痛伴发热 10 d。

现病史 10 d 前患儿右颌下肿胀,疼痛,2 d 后高热,曾在附近医院输液治疗,给予"青霉素"、"先锋霉素"(用法不详)。高热减退,但肿胀更明显。今来我院就诊。发病以来,患儿神志清,痛苦面容,睡眠、饮食正常。

检查 全身检查,未见异常。口腔专科检查:右侧颌下区明显肿胀,范围前至颏下、后至下颌角,上至下颌体下缘,下至舌骨平面。下颌骨下缘轮廓消失,皮肤发红、紧张,有压痛及波动感,局部体温略高。口腔内牙齿无龋坏和疼痛;右侧扁桃体充血,疼痛,Ⅱ度肿

大。

1.诊断　右颌下蜂窝织炎。

2.诊断依据

(1)右侧扁桃体充血、疼痛、Ⅱ度肿大。

(2)右颌下肿痛伴发热10 d。

(3)抗炎治疗有效。

(4)颌下区明显肿胀,皮肤有压痛及波动感。

3.鉴别诊断　右侧颌下腺炎:①常有明显诱因,如导管狭窄、涎石等;②进食时颌下腺肿胀、疼痛,且反复发作;③急性期颌下区肿胀疼痛,导管口红肿,轻压腺体有脓液溢出;④慢性期则腺体硬韧。

4.进一步检查　穿刺抽出脓液,送细菌培养加药敏试验。

5.治疗

(1)抗炎支持治疗,对症处理。

(2)炎症控制或局限后可行脓肿切开引流术。

【病案163】

患者,男,47岁,农民。

主诉　双侧颌下肿胀5 d。

现病史　2周前,患者自觉左侧下颌第一双尖牙区疼痛,咀嚼时疼痛加重,有伸长感。左侧下颌第一双尖牙颊黏膜转折处形成一瘘管,有脓液排出,症状得到缓解。5 d前,患者感到左下颌淋巴结肿大,并向颏下和对侧颌下发展,肿胀,有压痛,舌体抬高,伴有寒战、发热。遂来我院就诊。患病期间,精神睡眠差。

检查　全身检查,体温39.3℃,余正常。口腔专科检查:双侧舌下肉阜肿胀、舌体抬高,运动受限。颌下三角区肿胀,下颌骨下缘轮廓消失,皮肤紧张,有压痛,按压有凹陷性水肿,吞咽困难。

实验室检查　白细胞计数2×10^9/L,中性粒细胞偏高。

1.诊断　化脓性口底蜂窝织炎。

2.诊断依据

(1)左侧下颌第一双尖牙有根尖周炎病史。

(2)舌下肉阜肿胀,舌体抬高,运动受限。

(3)颌下三角区肿胀,下颌骨下缘轮廓消失。

(4)皮肤紧张,按压有凹陷性水肿。

(5)白细胞计数2×10^9/L,中性粒细胞偏高。

3.鉴别诊断

(1)舌下间隙感染　①少见,一侧或双侧舌沟区口底肿胀;②黏膜充血;③舌体抬高、偏向健侧;④讲话、进食、吞咽时出现不同程度的疼痛和困难;⑤感染向后扩散,可出现张口困难和呼吸不畅。

(2)颌下间隙感染　①早期表现为颌下淋巴结炎、颌下区丰满;②淋巴结肿大、压痛、

界清;③颌下三角区肿胀、下颌骨下缘轮廓消失、皮肤紧张、有压痛及凹陷性水肿;④脓肿形成后,中心区皮肤充血,可触及明显波动;⑤极易向舌下间隙扩散。

4.治疗

(1)全身抗炎支持治疗,根据药敏感试验选择抗生素

(2)及时切开引流。

【病案164】

患者,男,49岁,印染工人。

主诉　左下后牙疼痛1周,口底区肿胀疼痛2 d。

现病史　患者1周前出现左下后牙疼痛,为间断性锐痛,可忍受,未采取治疗。2 d前,出现左侧颌下区域弥漫性肿胀,并迅速波及右侧颈部及口底、颏下及对侧颌下,自觉肿胀区域疼痛剧烈,有灼热感,舌体抬举升高,无法闭口,舌体运动受限致吞咽及发音功能障碍。伴有发热,体温最高达39℃,遂来我院就诊。起病以来,患者纳差,精神差,睡眠尚可,大小便正常。

检查　体温39.2℃,精神烦躁不安,呼吸困难,口唇轻度发绀。口腔专科检查:双侧颌下区、颏下区及左颈侧区肿胀,下颌骨下缘轮廓消失,肿胀区域皮肤紫红色,皮温升高,扪有板结感,质硬,压痛明显,明显凹陷性水肿,有捻发音。口内检查:口底肿胀,舌体抬高,舌根部肿胀,舌尖位于上下前牙间而致开粭,⌈6残根,松动Ⅰ度,叩诊(++),口底区穿刺抽吸出咖啡色稀薄、恶臭液体,混有大量气泡

实验室检查　白细胞计数11.6×10^9/L。

1.诊断　腐败坏死性口底蜂窝织炎。

2.诊断依据

(1)双侧颌下区、颏下区及左颈侧区肿胀。

(2)表面皮肤紫红色,皮温升高,扪板结感,有压痛,凹陷性水肿。

(3)穿刺抽出咖啡色、稀薄、恶臭液体,混有大量气泡。

(4)舌体抬高、运动受限,语言不清。

(5)⌈6残根,叩诊(++)

(6)体温39.2℃,白细胞计数11.6×10^9/L

3.鉴别诊断　化脓性口底蜂窝织炎:①两者致病菌不同;②脓肿形成后可穿刺抽吸出脓液,色黄,浓稠。

4.治疗

(1)全身抗炎及支持治疗。

(2)切开引流术,保证呼吸道通畅是急救的关键。

(3)反复用3%过氧化氢溶液或1/5000高锰酸钾溶液冲洗

(4)症状解除后拔除⌈6。

【病案165】

患者,男,40岁,电厂工人。

主诉　右下后牙疼痛1个月，右下颌角区肿胀伴张口受限2周。

现病史　1个月前，患者自觉右下后牙区疼痛，到当地医院求治，诊断为"8⌉智齿冠周炎"，予以抗炎治疗及局部冲洗，病情缓解。2周前，患者劳累后右下后牙再次疼痛并出现右下颌角区肿胀、张口受限，肿胀区域灼热感、压痛明显，影响进食，自服"阿莫西林"胶囊效果不明显，现来我院就诊。发病以来，精神差，纳差，睡眠可，大小便正常，无发热、畏寒、寒战等症状。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：双侧颌面部不对称，右侧下颌角及下颌升支部位肿胀明显，肿胀区皮温偏高，压痛明显，凹陷性水肿，未扪及波动感，穿刺抽吸出脓液。张口Ⅱ度受限，约1.5 cm。8⌉中位水平阻生，盲袋形成，袋内有脓液溢出。右腮腺导管口无红肿，压迫无脓性分泌物。

X射线检查　8⌉中位水平阻生，右侧下颌骨升支可见骨质疏松脱钙区域，并有小块死骨，死骨与周围骨质无明显分界。

1.诊断　右下颌边缘性骨髓炎。

2.诊断依据

(1)有8⌉智齿冠周炎病史。

(2)抗炎治疗可缓解。

(3)病变区肿胀、热、压痛明显，有凹陷性水肿、穿刺抽出脓液。

(4)X射线片显示局部骨破坏，有死骨形成。

3.鉴别诊断

(1)右腮腺炎　①起病急骤，早期症状不明显；②肿胀多以耳垂为中心，局部红、肿、热、痛明显，呈硬性浸润，压痛明显；③右腮腺导管口红肿，按摩腺体有脓性分泌物；④全身中毒症状明显，高热脉数，白细胞计数升高，中性粒细胞计数上升。

(2)中央性颌骨骨髓炎　①感染来源以龋齿继发病、牙周膜炎、根尖周炎为主；②全身症状明显：高热、脉数、寒战，白细胞计数升高；③疼痛剧烈，受累区牙松动，牙龈袋溢脓，牙周炎症明显；④病变多在下颌体，也可波及下颌升支，而边缘性则多在下颌角及下颌升支，很少累及下颌体；⑤慢性期X射线检查所见病变明显，可见大块死骨形成且与周围骨质界限清楚，或伴有病理性骨折。

4.治疗

(1)抗炎治疗，全身支持治疗。

(2)脓肿切开引流术。

(3)死骨刮除术。

(4)病灶牙拔除，拔除8⌉，祛除病因。

【病案166】

患者，女，35岁，干部。

主诉　左下后牙区疼痛5 d。

现病史　5 d前，患者无明显诱因出现左下后牙区跳痛，疼痛剧烈，并向同侧颌骨内放射。自觉畏寒、寒战、发热，体温在39.2℃左右波动。自服"清热解毒口服液"及"康泰克"

脓囊，疗效不明显，并逐渐出现左下后牙区牙齿松动、牙龈出血，自觉口内有咸稠液体溢出，以及下唇麻木、张口受限等症状。遂来我院求治。起病以来，患者精神差、嗜睡，纳差，大小便正常。

检查 体温39.2℃。口腔专科检查：张口Ⅰ度受限，约2.0 cm，双侧颌面对称。⌈7残根，松动Ⅱ度，叩痛明显。⌈456松动Ⅰ度，叩诊(+)，⌈456牙龈充血红肿，龈袋内有脓液溢出。

X射线检查 ⌈7残根，根尖见0.5 cm×0.8 cm大小低密度阴影，边缘不规则，为根尖周脓肿。

1.诊断 左侧化脓性中央性颌骨骨髓炎。

2.诊断依据

(1)下颌后牙区疼痛5 d伴下唇麻木。

(2)全身寒战、发热，体温39.2℃。

(3)⌈7残根，叩痛(++)；⌈456松动，有脓性分泌物

(4)左侧下唇麻木，受累区牙松动，不能咀嚼。

3.鉴别诊断

(1)边缘性颌骨骨髓炎 ①感染来源以下颌智齿冠周炎为主；②感染途径是先形成骨膜下脓肿或蜂窝织炎；③骨髓炎的病灶牙多无明显炎症和松动；④病变多发生在下颌角及下颌升支，很少波及颌骨体；⑤慢性期X射线示骨质疏松脱钙或骨质增生硬化，或有小块死骨，与周围骨质无明显分界。

(2)左下颌骨骨肉瘤 ①早期症状是患部间歇性麻木及疼痛，但很快就转变为持续性剧烈疼痛，伴放射痛；②肿瘤生长迅速，牙槽骨及颌骨发生膨胀和破坏，牙齿松动、移位；③肿块穿破骨密质及骨膜后可致面部畸形，骨质破坏多时可致病理性骨折；④X射线检查可见新生骨刺由骨密度向外呈日光状排列(成骨型)，或不规则骨质破坏(溶骨型)。

4.治疗

(1)全身抗炎治疗，根据细菌培养及药敏试验结果，给予足量有效抗生素。

(2)全身支持治疗。

(3)拔除病灶牙及相邻的松动牙。

(4)死骨形成后，摘除死骨。

【病案167】

患者，男，24岁，大学生。

主诉 左下后牙区肿痛2个月，左颌周肿胀2周。

现病史 2个月前，左侧下后牙区肿胀疼痛，在校医院诊断为"智齿冠周炎"，予以抗炎及局部冲洗治疗，疼痛减轻。2个月来又反复发作多次，每次抗炎治疗都有效。2周前，左下后牙肿痛再次发作，引起咬肌区肿胀并伴轻度张口受限，局部有压痛。抗炎治疗效果不明显，遂来我院求治。发病以来，精神差，饮食正常，睡眠及大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：⌈8近中中位阻生，远中龈组织红肿、覆盖⌈8形成盲袋，袋内见少量食物残渣，触痛明显，压迫袋内有脓液溢出。左腮腺导管口无红

肿，按摩腺体无脓性分泌物溢出。双侧颌面部不对称，左侧腮腺区及咬肌区肿胀，触诊质地坚硬，有压痛，无波动感，张口Ⅰ度受限，约2.5 cm。

实验室检查 白细胞计数6.8×10^9/L。

X射线检查 下颌骨后前位片(升支侧位片)示升支外侧骨壁见弥漫性骨密度增高影像，边缘整齐，骨皮质无明显破坏，可见局限性骨质破坏灶。

1.诊断 左侧下颌骨边缘性颌骨骨髓炎。

2.诊断依据

(1)腮腺区肿胀3 d伴张口困难。

(2)$\overline{8|}$中位近中倾斜阻生。

(3)龈缘红肿，探痛

(4)肿胀以咬肌区为中心，坚硬，轻微压痛，无波动感

3.鉴别诊断

(1)左侧中央性颌骨骨髓炎 ①感染来源以龋齿、牙周膜炎、根尖周炎为主；②感染途径为先破坏骨髓，后破坏骨密质，再形成骨膜下脓肿或蜂窝组织炎；③病变多在颌骨体；④慢性期X射线示病变明显，有大块死骨形成与周围骨质分界清楚或伴有病理性骨折。

(2)左腮腺炎 ①单侧受累，起病急骤。②腮腺区域肿胀以耳垂为中心，皮肤充血潮红，硬性浸润，触痛明显；③导管口红肿，按摩腺体有脓性分泌物分泌；④全身中毒症状明显：高热、寒战、白细胞计数升高、中性粒细胞升高。

4.治疗

(1)抗炎治疗。

(2)炎性病灶刮除术。

(3)拔除$\overline{8|}$，祛除病因。

【病案168】

患者，女，32岁，医生。

主诉 右颈肿块伴间断发热3个月

现病史 3个月前，患者劳累后即出现右颈部肿块，伴发热(体温波动在37.8～39.8℃)、夜间盗汗、寒战、恶心。"青霉素"针剂每日560万U静脉滴注，连用7 d，体温降至正常，肿块消失。2周后，再次出现右颈部肿块、发热(体温波动在37.8～39.3℃)，持续13 d。用"丁胺卡那霉素"针剂每日0.4 g，静脉滴注3 d，换用"先锋霉素Ⅴ"加"病毒唑"针剂0.6 g，静脉滴注10 d，口服"感冒通"，体温降至正常，右颈肿块明显减小。患者为进一步诊治，来我院就诊。患者起病以来，饮食睡眠差，精神可，大小便正常。

既往史 1986年体检时发现右肺结核，无任何临床表现，经过治疗后结核消失钙化。1年前行阑尾切除术。无肝炎病史。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查示：右颈部肿块大小约1.5 cm×1.0 cm，质硬，有压痛，界限清，可活动。口腔内黏膜无异常，牙齿无龋坏，无叩痛。

实验室检查 白细胞计数2.9×10^9/L，其余未见异常。

1.诊断

(1)陈旧性肺结核。

(2)右颈淋巴结结核。

2.诊断依据。

(1)劳累因素可诱发右颈肿块的发生。

(2)有发热(体温波动在37.8～39.8℃)、夜间盗汗、寒战等症状。

(3)应用青霉素针剂治疗有效。

(4)停药后反复发作。

(5)既往有肺结核病史。

(6)白细胞计数2.9×10^9/L。

3.鉴别诊断

(1)右颈淋巴结炎 ①多继发于呼吸道感染或口腔颌面部炎症;②6岁以下小儿多见;③炎症早期淋巴结界限清、压痛,可活动,转化成脓性炎症后则疼痛明显,体温升高,化脓破溃后则难以扪及淋巴结,在周围形成蜂窝织炎或脓肿;④全身症状除寒战外,还可出现食欲不振、烦躁不安等;⑤血常规检查白细胞计数急剧升高。

(2)右颈肿瘤合并感染 ①肿瘤生长缓慢,一般无自觉症状。②与周围正常组织分界清楚,活动,质地较硬,如有坏死、液化则质地较软。③肿瘤可合并感染,可在原肿瘤的体积上迅速增大,伴钝性疼痛;④抗炎治疗有效,但肿瘤不会消失。⑤合并感染时,查白细胞计数一般高于正常值。

4.进一步检查 查CT、MRI、穿刺病理检查,做结核菌素试验,查红细胞沉降率。

5.治疗

(1)对症处理,抗炎支持治疗。

(2)切除肿块,再送病理检查确诊,以便进一步治疗

第二节 口腔颌面部损伤

【病案169】

患者,男,9岁,学生。

主诉 坠落后颏下外伤1 d。

现病史 1 d前,患者在二楼玩耍时不慎坠落,颏部着地,造成颏下外伤、口腔出血,伴有上腹部疼痛。无昏迷,无头痛、头晕,无腹胀、腹泻等不适症状。患者精神差,睡眠差,大小便正常。

检查 体温36.8℃,脉搏84次/min,呼吸22次/min,血压14/10 kPa。神志清楚,心、肺、肝、脾未见异常。腹部平坦,腹肌稍紧张,上腹部有轻度压痛及反跳痛,肠鸣音弱。口腔专科检查见下颌骨颏部明显肿胀,颏下有一5.0 cm长的水平创口,深达骨面,下颌骨颏部下缘可触到台阶,下唇麻木。双侧颞下颌关节活动正常。开口度1.5 cm,开口型不偏斜,$\overline{1|1}$间可见骨折线,双侧骨断端可上下活动,有骨擦感。咬合关系紊乱。

辅助检查 实验室检查白细胞及嗜中性粒细胞偏高，余正常。X射线检查下颌骨颏部正中纵行骨折，并有分离。腹部CT示肝脾未见挫伤征象。

1.诊断

(1)下颌骨颏部正中骨折。

(2)上腹部闭合性损伤。

2.诊断依据

(1)坠落后颏下外伤1 d。

(2)下颌骨颏部明显肿胀，颏下有一约5.0 cm长的水平创口，深达骨面。下颌骨颏部下缘可触到台阶，下唇麻木。

(3)开口度1.5 cm，$\overline{1|1}$间可见骨折线，双侧骨折端可上下活动，有骨擦感，咬合错乱。

(4)X射线检查下颌骨颏部正中纵行骨折，并有分离。

(5)上腹部疼痛，检查见腹部平坦，腹肌稍紧张，上腹部有轻度压痛及反跳痛，肠鸣音弱。

3.鉴别诊断

(1)下颌骨多发性骨折 ①颌面部肿胀，下颌骨下缘可触到多个台阶，有骨擦音；②口内可见骨折段的移位；③殆关系错乱；④X射线检查可证实。

(2)下颌骨颏孔区骨折 ①一侧颏孔区骨折，前骨折段向下、向外移位；双侧颏孔区骨折，前骨折段向下后方移位。②两侧颏孔区骨折或粉碎性骨折，两侧骨折段可向中线移位，使下牙弓变窄。③咬合错乱。④X射线检查可证实

4.进一步检查

(1)下颌骨正侧位X射线片。

(2)摄颌面曲面断层X射线片。

(3)CT摄片。

5.治疗

(1)处理时机 排除腹部重要脏器的损伤，待全身情况稳定后，再行颌骨骨折的处理。

(2)软组织损伤 清创缝合口内、外创口。

(3)骨折段的复位 手法复位；牵引复位，包括颌间牵引、颅颌牵引、手术切开复位。

(4)骨折段的固定 ①单颌固定；②颌间固定；③颅颌固定(外固定法、内固定法)。

(5)促进骨折愈合的局部与全身治疗 使用抗生素、止血、消肿、活血化淤等。

【病案170】

患者，男，54岁，工人。

主诉 车祸致头面部外伤2 h。

现病史 2 h前，患者因车祸致头面部外伤。造成双眼眶区、右颧部肿胀、淤血，下颌骨颏部及鼻根撕裂伤，鼻腔有血性液体流出，下颌骨异常活动，口腔内出血，呼吸吃力等，由"120"急送医院抢救。患者全身情况较差。

检查 全身检查：体温36.7℃，脉搏88次/min，血压14.6/10.6 kPa。神志清楚，检查

合作，心肺肝脾未见明显异常。口腔专科检查：双眼眶区、右颧部明显肿胀，双眼眶区青紫。鼻根部有一2.0 cm长的斜行创口，鼻腔有血性分泌物流出。颏下有一4.0 cm长的创口，深至骨面，可触及碎骨片及台阶。口内：开口度0.5 cm，开口型不偏斜。$\overline{21|12}$脱落。骨断端参差不齐，前骨折段向下后方移位，两侧骨折向上前方移位。活动时有骨擦音。咬合错乱。下唇麻木。

X射线检查　下颌骨颏部粉碎性骨折，并稍有错位。

头颅、上颌骨CT扫描　①左侧额颞部小血肿；②双侧上颌窦前壁、鼻骨骨折，双侧上颌窦、筛窦挫伤。

实验室检查　白细胞计数及中性粒细胞分类偏高，余未查。

1.诊断

(1)颅脑损伤，脑挫伤，蛛网膜下腔出血。

(2)下颌骨颏部粉碎性骨折。

(3)鼻根部骨折，双侧上颌窦前壁骨折。

(4)颌面部软组织损伤。

2.诊断依据

(1)车祸致头面部外伤2 h。

(2)下颌骨颏部软组织明显肿胀，颏下有一4.0 cm长的创口，深至骨面，可触及碎骨片及台阶。下唇麻木。

(3)开口度0.5 cm，开口型不偏斜，$\overline{21|12}$脱落，骨断端参差不齐，前骨折段向下后方移位，两侧后骨折段向上前方移位。活动时有骨擦音。咬合错乱。呼吸困难。

(4)X射线检查见下颌骨颏部粉碎性骨折、稍错位，鼻骨粉碎性骨折。

(5)双眼眶区青紫，鼻腔有血性分泌物流出头颅、上颌骨CT扫描见：①左侧额颞部小血肿；②双侧上颌窦前壁、鼻骨骨折，双侧上颌窦、筛窦挫伤。

3.鉴别诊断

(1)下颌骨多发性骨折　①颏下受伤，有撕裂伤；②下颌骨下缘可触到多个台阶，有骨擦音；③骨折段移位与骨折段所处的位置不同而有不同的移位；④X射线检查可证实。

(2)下颌骨颏部单发骨折　①有颏部外伤史；②下颌骨颏部下缘可触到一个台阶；③X射线检查可证实。

4.进一步检查

(1)摄颌面曲面断层X射线片。

(2)右颧弓正侧位摄片。

5.治疗

(1)处理时机　患者有颅脑损伤，全身情况不佳，应收在脑外科治疗，待全身情况稳定后，再行颌骨骨折的处理。

(2)骨折段的复位及固定　①在全身麻醉下，在原骨折口外创口处行骨折骨内固定术；②颌间结扎；③吊颌帽固定。

(3)骨折线上的牙　应尽量保留，若冠根折断须拔除。

(4)促进骨折愈合的局部与全身治疗　使用抗生素、止血、消肿、活血化淤等。

【病案 171】

患者，女，40 岁，农民。

主诉　车祸后咬合错乱 4 h。

现病史　4 h 前，患者被汽车撞伤，造成右面颊多处撕裂伤，右面颊麻木，咬合错乱。速被送往医院给予急救。经 X 射线检查示：右下颌角部骨折，右上颌骨骨折，右上颌窦后壁骨折，右颧骨不全骨折。患者精神差，全身无明显不适。

检查　全身检查：体温 37.8℃，脉搏 85 次/min，呼吸 22 次/min，血压 16/10.6 kPa。神志清楚，被动体位。心肺肝脾未见异常。口腔专科检查见：颌面部左右不对称，右面部明显肿胀。右眼眶区青紫，右面颊部斜向下颌角有一长约 8.0 cm 撕裂伤，深达骨面。右下颌骨角部下缘可触到台阶，有骨擦音，颏部有两处各约 2.0 cm、1.5 cm 的伤口。口内：开口度 2.0 cm，开口型不偏斜，咬合错乱。前牙开𬌗，右侧后牙反𬌗。$\overline{8|}$近中可见骨折线，前骨折段向下内移位，后骨折段向上前移位。$\overline{8|}$近中倾斜。骨折与口腔相通。右下唇麻木。

实验室检查　白细胞计数及中性粒细胞计数增多。余未查。

1. 诊断

(1)右侧下颌骨角部骨折。

(2)右上颌骨骨折。

(3)右上颌窦后壁骨折。

(4)右颧骨不全骨折。

2. 诊断依据

(1)车祸后咬合错乱 4 h。

(2)检查见右面颊部斜向下颌角有一长约 8.0 cm 撕裂伤，深达骨面。右下颌骨角部下缘可触到台阶，有骨擦音。右下唇麻木。

(3)开口度 2.0 cm，咬合错乱，前牙开𬌗，右侧后牙反𬌗，$\overline{8|}$近中可见骨折线，前骨折段可向下内移位，后骨折段向上前移位。

(4)X 射线检查示：右下颌骨角部骨折，右上颌骨骨折，右上颌窦后壁骨折，右颧骨不全骨折。

3. 鉴别诊断　下颌骨多发性骨折：①有外伤史；②下颌骨下缘可触到多个台阶，有骨擦音；③口内可见骨折段移位；④咬合错乱；⑤X 射线检查可证实。

4. 进一步检查

(1)摄颌面曲面断层 X 射线片。

(2)CT 摄片。

5. 治疗

(1)处理时机　首先排除是否有颅脑损伤，待全身情况稳定后，再行颌骨骨折的处理。

(2)软组织损伤　清创缝合口内外创口。

(3)骨折复位　①手法复位；②牵引复位(颌间牵引、颅颌牵引、手术复位)。

(4)骨折固定　①骨内固定；②颌间结扎；③吊颌帽。

(5)促进骨折愈合的局部与全身治疗 使用抗生素、止血、消肿、活血化淤等

【病案 172】

患者,男,37 岁,个体。

主诉 摔伤后牙咬合错乱 10 h。

现病史 10 h 前,患者因醉酒摔倒在路边的水泥台上,颏部触地,造成颏部外伤,牙不能对𬌗 速拨"120"到医院急救,给予创口清创缝合 经 X 射线检查示:双侧下颌骨髁状突颈部骨折。全身无明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查 口外:双侧颞下颌关节区肿胀,有压痛,双侧髁状突张闭口时活动明显减弱,颏下有一创口,长约 4.0 cm,深达骨面,未见骨折。口内:开口度 1.0 cm,开口型不偏斜,咬合关系紊乱,下颌不能做前伸运动,前牙开𬌗,双侧后牙有早接触,侧向运动受限。

X 射线检查 双侧下颌骨髁状突颈部骨折,向前、内方移位,髁状突张闭口位均不在关节窝内。

实验室检查 白细胞计数偏高,余正常。

1.诊断 双侧下颌骨髁状突颈部骨折。

2.诊断依据

(1)颏部摔伤,牙不能对𬌗 10 h。

(2)双侧颞下颌关节区肿胀,有压痛。双侧髁状突张闭口时活动明显减弱。颏下有一创口,长约 4.0 cm,深达骨面,未见骨折

(3)开口度 1.0 cm,开口型不偏斜。咬合错乱,下颌不能做前伸运动,前牙开𬌗,双侧后牙有早接触,侧向运动受限。

(4)X 射线检查 双侧下颌骨髁状突颈部骨折,向前、内方移位,髁状突张闭口位均不在关节窝内。

3.鉴别诊断

(1)双侧颞下颌关节前脱位 ①有过度开口史。②下颌运动失常,病人呈开口状,不能闭口 ③前牙开𬌗、反𬌗,仅在磨牙区有部分牙接触,下颌前伸,两颊变平。④因髁状突脱位,耳屏前方触到凹陷,在颧弓下可触到脱位髁状突。⑤X 射线片可见髁状突脱位于关节结节前上方

(2)下颌骨多发性骨折 ①口内可见骨折段的移位。②咬合错乱。③X 射线检查可证实。

4.进一步检查

(1)双侧颞下颌关节曲面断层。

(2)双侧颞下颌关节 CT 摄片。

5.治疗

(1)处理时机 颌骨骨折患者应及早进行治疗。但如合并颅脑及重要脏器或肢体严重损伤、全身情况不佳者,应首先抢救伤员的生命。待全身情况稳定后再行骨折的处理。

(2)清创缝合 颏下创口深达骨面,分层缝合。

(3)手法复位固定 ①手法复位后行颌间固定。②磨牙区置𬌗垫,用颌间弹性牵引复位固定法。③髁突骨折未移位者,用吊颌绷带限制下颌运动,保持正常咬合关系。

(4)手术切开复位固定 ①对髁突骨折明显移位、手法复位无效者可采用。②髁突嵌顿在前内侧,被上移的下颌骨升支阻挡无法复位者。

(5)促进骨折愈合的局部与全身治疗 抗生素、止血、消肿、活血化淤等药物应用。

【病案 173】

患者,男,38 岁,农民。

主诉 面部及右下肢坠落伤半小时

现病史 半小时前,患者因与人发生纠纷从三楼跳下,致面部及右下肢多发性外伤,造成下颌骨及右下肢、上颌骨多发性骨折,速被送往医院急救。头颅 CT 检查未见异常。患者精神差,睡眠及大小便正常。

检查 全身检查:体温 37.4℃,脉搏 84 次/min,呼吸 20 次/min,血压 16/0.6 kPa。神志清楚、自动体位,检查合作。口腔专科检查。口外:整个面部明显水肿,面中 1/3 内陷;触诊双侧眶下缘有台阶。下颌骨颏部有一 4.0 cm 创口,深达骨膜,可见骨折断端。下颌骨颏部及右侧颞下颌关节区有骨擦音,压痛明显。口内:开口度1.0 cm,开口型不偏斜,$\overline{321|123}$ 牙槽骨及整个上牙槽骨松动,$\overline{54|45}$脱落。颏部右侧骨折段分离并错位,右侧下颌骨向外、向后移位,不能做侧𬌗运动,前牙及左侧牙开𬌗。右下肢活动受限,有台阶及骨擦音。

X 射线检查 ①下颌骨颏部及右下颌骨髁状突骨折;②右股骨上段、右胫腓骨下段粉碎性骨折。

CT 检查 ①下颌骨下中偏右及左上颌骨骨折;②双侧上颌窦前壁骨折,略塌陷;③双侧上颌窦、筛窦及鼻腔挫伤;④颅内正常。

1.诊断

(1)下颌骨颏部及右侧髁状突骨折。

(2)上颌骨牙槽突骨折。

(3)双侧上颌窦前壁及眶下壁骨折。

(4)右股骨、胫腓骨多发性骨折。

2.诊断依据

(1)面部及右下肢坠落伤半小时。

(2)整个面部明显肿胀,面中 1/3 内陷。双侧眶下缘可触到台阶。下颌骨颏部有一 4.0 cm创口,深达骨膜,可见骨折断端,下颌骨颏部及右侧颞下颌关节区有骨擦音,压痛明显。

(3)开口度 1.0 cm,$\overline{321|123}$牙槽骨及整个上牙槽骨松动。颏部右侧骨折段分离并错位。右侧下颌骨向外后移位,不能做侧𬌗运动,前牙及左侧牙开𬌗。

(4)右下肢上段及下段活动受限,骨折段异常活动,有骨擦音及台阶。

(5)X 射线检查:①下颌骨颏部及右下颌骨髁状突骨折;②右下肢股骨上段、右胫腓骨下段粉碎性骨折。

(6)CT检查:①下颌骨正中偏右及左上颌骨骨折;②双侧上颌窦前壁骨折、略塌陷;③双侧上颌窦、筛窦及鼻腔挫伤。

3.鉴别诊断

(1)下颌骨复杂性骨折 ①有面部外伤史,下颌骨下缘可触到台阶、有骨擦音;②口内可见不同部位骨折段移位;③咬合错乱;④X射线检查可证实。

(2)双侧髁状突骨折 ①颏部外伤史;②双侧颞下颌关节区肿胀,有压痛,髁状突张闭口位时活动减弱;③开口受限,咬合错乱;④下颌不能做前伸运动,前牙开𬌗,后牙有早接触,侧向运动受限;⑤X射线检查可证实

4.进一步检查

(1)摄颌面部曲面断层X射片。

(2)拍摄颞下颌关节张、闭口位曲面断层X射线片及CT检查。

5.治疗

(1)处理时机 因有下肢多发性骨折,应首先行骨外科治疗,待全身情况稳定后,再行颌骨骨折的治疗。

(2)清创缝合颏部创口。

(3)骨折复位固定 ①行下颌骨颏部骨折内固定;②颌间结扎加双后牙𬌗垫;③吊颌帽固定

(4)骨折线上的牙齿 尽量保留。

(5)促进骨折愈合的局部与全身治疗 使用抗生素及止血、消肿、活血化淤等药物

【病案174】

患者,男,25岁,农民。

主诉 颌面外伤后咬合错乱20 d。

现病史 20 d前,患者因车祸致面部受伤,当时有短暂昏迷(约2 min),颌面部出血较多,立即到当地医院急行抢救和清创缝合,术后给予全身支持治疗,并于2周前行上下颌牙间结扎牵引术,经牵引调整多次,咬合错乱仍无改善,今转我院治疗,门诊以"上颌骨骨折"收入院。发病以来,患者神志清,饮食仅能进流质,睡眠及大小便均正常。

检查 体温36.5℃,血压15/12 kPa,神志清,查体合作。左眼眶凹陷,左眼球缺如;右眼瞳孔对光反射灵敏,视力正常,球结膜淤血,眼球运动自如。专科检查:颌面部外伤畸形明显,面中1/3凹陷、变长。自左侧鼻唇沟处越过鼻梁至右侧眶下区有一长约8 cm瘢痕,右侧口角至颊部有一长约4 cm瘢痕,口腔内上下颌唇颊侧有牙弓夹板固定于牙颈上,$\underline{5|}$缺失,其牙槽窝尚存在,$\frac{1|1}{6543|16}$牙冠有缺损,上下颌牙呈反𬌗和开𬌗,张口中度受限。上颌骨负重试验(+),摇诊(+)。左侧鼻孔有淡红色黏液漏出,滴在纱布上,中央红,外周有一淡黄色晕轮,前庭沟内触诊可触及上颌骨前外侧壁有台阶。双侧颞下颌关节区无压痛,张口时两侧髁突有活动度,下颌骨连续性未中断,无压痛。X射线片显示出骨折线,横过左侧眼眶、鼻梁至右侧颧上颌缝处是一骨折线,并向两侧翼突处延伸。

1.诊断

(1)颅底骨折。

(2)左眼球外伤性缺失。

(3)上颌骨骨折(左侧 Lefort Ⅲ型,右侧 Lefort Ⅱ型)

(4)$\frac{111}{6543|16}$牙冠折,$\underline{5|}$ 牙脱位。

(5)颌面部软组织撕裂伤。

2.诊断依据

(1)有颌面部外伤史。

(2)颌面中 1/3 凹陷、变长。

(3)口腔前庭沟内触及上颌骨外侧壁有台阶感。

(4)上、下颌牙呈反殆、开殆,张口中度受限,上颌骨负重试验及摇诊均阳性。

(5)自左侧鼻唇沟越过鼻梁至右侧眶下区有一 8 cm 瘢痕,右侧口角至颊部有一长约 4 cm瘢痕。

(6)左鼻孔有脑脊液漏出。

(7)$\frac{111}{6543|16}$牙冠缺损,$\underline{5|}$ 缺失,牙槽窝尚存在。

(8)X 射线片示骨折线横过左侧眼眶、鼻梁至右侧颧缝上颌处,并向两侧翼突处延伸

3.进一步检查　颌面部 CT 示两侧上颌骨前外侧壁骨折,两上颌窦内积液,左眼眶内容物缺如,两侧上颌骨后壁连续性中断,鼻骨骨折,筛窦内积液。

4.治疗

(1)骨折正确复位、固定。

(2)促进骨折愈合。

(3)应用抗生素,预防感染。

(4)脑脊液鼻漏短期可自动愈合。如迁延不愈,可开颅修补。

【病案 175】

患者,男,24 岁,司机。

主诉　颌面外伤 9 h。

现病史　9 h 前,患者驾车发生车祸,颌面部受伤,当时有短暂昏迷、面部及口腔出血,求治我院急诊科,查脑 CT 结果未见异常,即给予清创缝合。术后发现患者上、下颌牙咬合错乱,进食困难,转入我科。发病以来,患者神志清,可进流食。

检查　体温 36.5℃,血压 16/10 kPa,神志清楚,查体合作,左上、下眼睑各有一处伤口,长约 1.0 cm,创缘欠整齐,已缝合。左眼球结膜淤血,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,眼球活动自如。口腔专科检查:颌面部多处擦伤,左侧眶下区有一伤口,约 2.0 cm,已缝合。左眶下区塌陷,左颧部塌陷,左右不对称,触痛明显,可在左侧眶下缘中部触及台阶,压痛明显,左眶下区皮肤麻木,口腔内黏膜伤口已缝合,左侧颧骨下移与喙突之间的间隙较右侧变窄,张口中度受限,牙列完整,$\frac{167}{167}$早接触,前牙开殆。

1.诊断

(1)左上颌骨中位骨折。

(2)左颧骨骨折。

(3)颌面部软组织撕裂伤。

2.诊断依据

(1)颌面部外伤史

(2)左眶下区及颧部塌陷,触痛明显

(3)可在左侧眶下缘中部扪及台阶感,且压痛明显,左眶下区皮肤麻木。

(4)左侧颧骨与喙突之间的间隙较右侧变窄,张口中度受限。

(5)$\frac{167}{167}$早接触,前牙开殆。

(6)颌面部多处软组织创口。

3.进一步检查 X射线片示左侧上颌骨前外侧壁上部有一骨折线,沿颧上颌缝向后下延伸,左侧颧骨在额突部和颞突部均有骨折线,且向内下移位明显,下颌骨未见骨折迹象。

4.治疗

(1)骨折复位,内固定。

(2)促进骨折愈合。

(3)应用抗生素,预防感染。

【病案176】

患者,男,18岁,农民。

主诉 颌面外伤伴咬合错乱2周。

现病史 2周前,患者骑摩托车翻车摔倒,面部及头部受伤,当时昏迷,清醒后头痛、呕吐,且逐渐加重,面部多处伤口出血,在当地医院诊断为"脑外伤和颌面外伤",给予降颅压支持治疗并行颌面部清创缝合术。现伤口愈合良好,头痛症状已缓解,但咬合错乱、张口困难,无法正常进食,特来我院治疗。发病以来,患者神志尚清,能进流食,睡眠、大小便均正常

检查 体温36.8℃,血压15/10 kPa,查体合作。双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏。口腔专科检查:面中1/3部变长、凹陷,上唇及颊部有一愈合瘢痕,张口中度受限,上、下颌牙列完整,在上颌唇颊沟处可触及台阶和骨折端,可移动(前后、上下),骨擦音和疼痛明显。咬合时,后牙早接触,前牙开殆且反殆。下颌骨连续性好,未触及骨折断端,无压痛,两侧眶下缘连续性好,眶下区皮肤未见麻木。

1.诊断

(1)双侧上颌骨低位骨折。

(2)颌面部软组织挫裂伤。

2.诊断依据

(1)颌面部外伤史。

(2)面中1/3区凹陷、变长。

(3)上、下颌牙列完整,咬合错乱,后牙早接触,前牙呈开殆及反殆。

(4)上唇颊沟处可触诊上颌骨前外侧壁有台阶和骨断端,可移动,但双侧眶下缘连续性好。

(5)上唇部有一愈合瘢痕。

3.进一步检查

(1)X射线片示上颌骨骨折线从梨状孔下方向两侧牙槽突水平延伸至上颌结节、翼突部

(2)颅脑CT未见异常。

4.治疗

(1)复位、固定,可通过上下颌牙弓夹板进行牵引复位,并固定4周左右。

(2)应用抗生素预防感染。

(3)应用促骨折愈合药物治疗。

【病案177】

患者,男,20岁,工人。

主诉　颌面部外伤6 d。

现病史　患者6 d前不慎被从高处滑落的重物压伤头部,当时即昏迷不醒,出血量多,即送当地县医院。给予"清除口鼻腔积血、保持呼吸道畅、支持治疗"后,患者苏醒(共昏迷半小时)。自觉面中部疼痛,鼻腔阻塞,遂转入我院求治。经耳鼻喉科首诊,诊断为"鼻骨粉碎性骨折、上颌骨骨折"。全身麻醉下行鼻骨碎片摘除术,术后病情稳定。患者转入我科,受伤以来患者精神差、纳差,睡眠一般,大小便正常。

检查　全身检查无异常。口腔专科检查,双侧颌面面形改变明显,面中1/3明显变长,塌陷明显,鼻梁塌陷,鼻腔无渗出物。双侧眼睑结膜、球结膜充血红肿明显,无复视左眶周见两处分别约3 cm、5 cm的伤口,双侧颞下颌关节运动度对称,双侧下颌骨未扪及明显台阶感,无异常活动。张口Ⅰ度受限,约2 cm,21|1缺失,|2松动Ⅲ度,双侧上颌骨向下后方移位明显,摇诊试验(+),活动度约1 cm,腭中缝处自软硬腭交界至正中牙槽嵴顶见一宽约0.5 cm裂隙与鼻腔相通,咬合关系紊乱。

1.诊断　上颌骨中位骨折并正中骨折。

2.诊断依据

(1)患者有颌面外伤6 d的病史。

(2)双侧颌面面形改变明显,面中1/3变长,塌陷明显。

(3)张口Ⅰ度受限,21|1缺失,|2松动Ⅲ度。

(4)摇诊试验(+)。

(5)腭中缝处自软硬腭交界至正中牙槽嵴顶见一宽约0.5 cm裂隙与鼻腔相通。

3.鉴别诊断　颧骨骨折:①有颌面外伤史;②颧面部凹陷,摇诊试验(+);③眼睑、球结膜充血;④张口疼痛和张口受限;⑤骨折移位引起复视;⑥导致面神经损伤。

4.进一步检查

(1)颅低位片检查示　双侧颧骨颧弓未见骨折。

(2)颌骨曲面断层片检查　双侧颧上颌缝处鼻骨、颌骨后外侧壁可见有骨折线,错位

明显。

5.治疗

(1)骨折复位固定术。

(2)全身应用抗生素预防感染。

(3)应用促进骨折愈合药物治疗。

【病案178】

患者,男,20岁,农民。

主诉　颌面部外伤10 d。

现病史　患者10 d前骑摩托车发生车祸,倒地后头部、左面部撞伤。当时出血量不多,无昏迷、呕吐等症状。在当地医院就诊,给予面部清创缝合,抗炎治疗后出院。2 d前,到当地医院治疗牙齿时,被诊断为“上牙槽骨骨折”。当时未治疗,现来我院求治。患病以来,患者精神可,食纳正常,但有咀嚼不适,睡眠尚可,大小便正常。

检查　全身检查无异常。口腔专科检查:双侧颌面部对称,双侧颞下颌关节运动对称、自如,张口度、张口型正常。$\underline{21|12}$腭侧移位,与$\overline{321|123}$呈反殆关系,右侧$\frac{6|}{6|}$呈正中殆关系,$\frac{|6}{|6}$呈远中错殆,上牙槽骨摇诊试验(+),摇动度约0.5 cm,上颌前庭沟可扪及明显台阶感

1.诊断　上颌正中牙槽骨骨折。

2.诊断依据

(1)有颌面外伤10 d的病史。

(2)$\underline{12|21}$腭侧移位,与$\overline{321|123}$呈反殆关系

(3)右侧$\frac{6|}{6|}$呈正中殆关系。

(4)上前牙槽骨摇诊试验(+),动度约0.5 cm。

(5)上颌前庭沟可扪及明显台阶感。

3.鉴别诊断　$\underline{21|12}$骨折:①有外伤病史;②$\underline{21|12}$松动Ⅲ度;③$\underline{21|12}$咬合疼痛,不能正常咬合。

4.进一步检查　摄曲面断层片示:$\underline{21|12}$牙槽骨有一线性骨折线,有错位,$\underline{21|12}$牙根未见骨折。

5.治疗

(1)局部麻醉下行牙槽骨复位术。

(2)上下颌行牙弓夹板,并弹性牵引以恢复上下前牙正常咬合关系为准。

(3)应用全身抗生素预防感染。

【病案179】

患者,男,30岁,工人。

主诉　左耳前外伤伴张口困难10 d。

现病史　10 d前因他人拳击至左耳前致局部肿胀、疼痛。随后出现张口困难,未曾在

意,自服消炎药物,肿胀逐渐减轻但张口无明显改善。全身无明显不适。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:右面颊部轻度肿胀,无明显淤血,触诊耳前区压痛明显,左颧弓连续性中断,局部可触及台阶样感觉,张口受限,张口度 1 cm。口内牙齿无缺失,上下殆咬合关系良好,下颌骨无骨折线及局部牙龈的肿胀。

实验室检查　均未见异常。

1.诊断　左颧弓骨折。

2.诊断依据

(1)左耳前外伤伴张口困难 10 d。

(2)10 d 前左耳区遭他人拳击,局部肿胀、疼痛并出现张口困难,消炎治疗后肿胀减轻,张口无明显改善。

(3)左面颊轻度肿胀,触诊左颧弓连续性中断,局部有台阶样感觉,张口受限,口内上下殆咬合关系良好。

3.鉴别诊断　下颌骨髁状突骨折:①常因下颌骨颏部受外力撞击而发生骨折,特别在张口位时最易发生;②患侧下颌向外侧及后方移位,不能向对侧做侧颌运动;③前牙及对侧牙可出现开殆;④双侧髁突骨折,下颌不能前伸,前牙开殆明显。

4.进一步检查

(1)X 射线检查示颧弓切线位或上颌骨瓦氏位,颧骨连续性中断。

(2)CT 检查。

5.治疗　行手术复位。

(1)巾钳牵拉复位法。

(2)颧弓部单齿钩切开复位法。

(3)口内切开复位法。

(4)颞部切开复位法。

【病案 180】

患者,男,42 岁,农民。

主诉　左面部外伤 2 d。

现病史　2 d 前因车祸致左面部外伤,立即被送到急诊室抢救,给予清创缝合、抗菌消炎及止痛治疗。患者自觉张口困难,左面部麻木、肿痛。自发病以来,患者意识清醒、无头痛、头晕,全身无异常。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部专科检查:左面部以颧突为中心明显肿胀,表面皮肤色亮,压痛明显,面颊正中部皮肤有一 3 cm × 4 cm 大小擦伤面,已结痂。上唇部可见一长约 3 cm 撕裂创口,已缝合。左眶周皮下淤血,上下眼睑水肿明显,但眼球活动自如,视力正常。左眶外上缘、眶下缘及左耳前区压痛突出,有台阶样感。张口受限,张口度 1 cm。左眶下及左上唇部麻木,针刺无疼痛。口内牙齿排列正常,无松动、缺失及牙列中断。左上前牙区部分牙龈撕裂,局部有淤血。左上龈颊沟肿胀明显,双合诊左颧突部可触及多个碎骨片,上颌骨前外侧面部分凹陷,左侧牙槽嵴上部可触及台阶,患者左鼻腔通透性差,有少量渗血。

实验室检查　白细胞计数明显增高，余正常

1.诊断　左颧骨粉碎性骨折伴左上颌骨体骨折。

2.诊断依据

(1)左面部外伤2 d

(2)外伤清创缝合、抗菌消炎后患者仍存在张口困难，左面部麻木。

(3)专科检查左面颊明显肿胀，眶周淤血但视力正常，眶外上缘、眶下缘及耳前区压痛明显并有台阶样感觉。左上唇及左眶下麻木。双合诊可触及牙槽嵴中断、上颌骨前外侧壁部分凹陷及颧突部碎骨片。左鼻腔有少量血性分泌物。

3.进一步检查

(1)X射线检查见上颌骨瓦氏位、颧弓切线位。

(2)CT检查。

4.治疗　手术复位

(1)颧骨体及上颌骨复位用上颌窦填塞法

(2)颧弓复位采用口内切开复位法

【病案181】

患者，女，27岁，公关小姐。

主诉　右面部外伤7 h。

现病史　7 h前因遭拳击致右面部外伤，局部肿痛，右眼周围淤血，故求治。全身无明显不适

检查　全身检查无明显异常。口腔颌面部专科检查：右面颊部轻度肿胀，范围上至眶外上缘，前至右鼻翼外侧，后至耳前，下到右口角上，压痛明显。右眶外侧缘及眶下缘有台阶样感，颧弓连续性好。右眼周围轻度肿胀淤血，眼球活动自如。睑结膜充血，视力正常，无复视。张口无受限，张口度4 cm。牙齿无缺失，牙列排列整齐，咬合关系良好。

辅助检查　实验检查未见异常。X射线检查（鼻颏位及颧弓位）示右眶外侧缘及眶下缘部有骨折段，颧骨上颌突向上移位，颧额突向外侧移位，颧弓连续性好，未见明显移位及中断。

1.诊断　右颧骨体外转位骨折。

2.诊断依据

(1)右面部外伤7 h

(2)右面部遭他人拳击，局部肿痛，眼周淤血

(3)右面颊轻度肿胀，压痛明显，右眶外侧缘及下缘有台阶样感，颧弓连续性好，眼周围淤血，视力正常

(4)X线示右眶外侧缘及下缘可见骨折段，颧上颌突向上移位，颧额突向外侧移位，颧弓无移位及中断。

3.治疗

(1)无明显移位及畸形、功能障碍者，可不行手术治疗。

(2)畸形较重者可行手术复位　①口内切开复位法；②单齿钩复位法；③颞部复位法。

【病案 182】

患者,男,37岁,干部。

主诉 外伤后张口困难并复视2个月。

现病史 2月前因车祸致头部外伤,当即意识丧失,立即被送到某医院急救,诊断为"硬脑膜下血肿"、"颅底骨折",并行手术治疗,术后患者恢复良好,但出现视物重影、张口受限。全身无明显不适。

检查 全身检查,意识清醒,自动体位,查体合作,心肺功能无异常,四肢及躯干活动自如。口腔颌面部专科检查:左面部较对侧扁平,左颧部外形消失,局部塌陷,触之左眶外上缘、左眶下缘及颧弓部位有明显台阶样感觉,无活动骨折片,表面皮肤无水肿;左眶周围有少量淤斑,下睑结膜轻度水肿,左眼球轻度下陷,双眼视物不集中,张口受限,张口度1 cm。口内牙列排列整齐,咬合关系良好。

实验室检查 未见异常。

1.诊断 左侧陈旧性颧骨骨折。

2.诊断依据

(1)外伤后张口困难并复视2个月。

(2)2月前因车祸致头部外伤,当即意识丧失,以"硬脑膜下血肿"、"颅底骨折"为诊断急诊治疗,术后患者清醒,发现张口困难、视物重影。

(3)左面部扁平、颧突消失,左眶外上缘、眶下缘及颧弓部凹陷并有台阶样感觉,左眶周有少量淤斑,下睑结膜水肿,眼球下陷,双眼视物不集中,张口受限。

3.进一步检查

(1)X射线检查。

(2)CT检查。

4.治疗 矫正骨折错位愈合,恢复外形及功能,以手术复位为主。

(1)颧骨塌陷畸形矫治 ①通过面部切口或冠状切口进行颧骨复位矫正;②颧部植骨成形。

(2)眶部并发症处理 松解脱出眶内容物,恢复眶底连续性,矫正复视和眼球内陷。

(3)张口受限处理 ①塌陷骨折片阻挡喙突可行颧骨截骨复位;②塌陷骨片与喙突粘连,可行口内截除喙突。

【病案 183】

患者,男,30岁,工人。

主诉 面部外伤24 h。

现病史 24 h前因高处重物坠落致面部外伤,伤后患者意识清醒,面颊部多处创口出血,立即入院行清创缝合,术后自诉视物重影、右鼻通气不畅,张口困难,全身其他部位无明显不适

检查 全身检查,神志清醒,四肢活动自如,自动体位,查体合作,心肺无异常。颌面及口腔检查:右面部及上唇、鼻梁部多处挫裂伤,创口已缝合,面中1/3明显肿胀,皮肤色

亮。鼻部鼻梁肿胀、淤血、压痛明显，鼻尖无明显偏曲，鼻出血，通气性差。眼周围肿胀、淤血，右眼球轻度下陷，复视，对光反射良好。右眶外侧缘、下缘及鼻根部多处明显压痛。张口受限，张口度 1 cm。2111 Ⅲ度松动，牙龈肿胀、淤血，双侧后牙相接触，前牙呈开𬌗状态，右侧上颌牙槽嵴处可扪及台阶，上颌骨轻摇有上下轻微活动。

1. 诊断 右颧骨骨折伴鼻骨、上颌骨骨折。

2. 诊断依据

(1)外伤史，面部外伤 24 h。

(2)清创后仍存在视物重影、鼻腔填塞、张口困难。

(3)面中 1/3 明显肿胀，眼周肿胀，淤血呈“眼镜状”，复视。鼻部堵塞，眶外侧缘、下缘及鼻根部压痛明显，张口困难，咬合错乱，牙槽嵴处扪及台阶，上颌骨有活动度。

3. 进一步检查

(1)X 射线检查 头颅铁氏位或华氏位片对了解上颌骨、鼻骨及颧骨体骨折段的部位、数目、方向、类型及骨折移位情况以及牙与骨折段关系有重要意义，鼻部骨折可加拍照鼻骨正侧位片，颧弓骨折可行颧弓位拍照。

(2)CT 检查 有助于了解颌面部多发性骨折的范围、严重程度及是否伴有颅脑损伤。

4. 治疗

(1)保守治疗 颌间栓结及颅颌固定恢复咬合关系，鼻骨复位钳复位骨折鼻骨，局部牵引法复位颧骨。二期修复眶底改善复视。

(2)切开手术复位 头皮冠状切口复位固定法。一期恢复颧骨、上颌骨及鼻部外形，纠正复视。

第三节 口腔颌面部肿瘤及瘤样病变

【病案 184】

患者，男，43 岁，农民。

主诉 左侧下颌骨膨大 4 年，右侧下颌骨膨大 2 年。

现病史 4 年前，患者左侧下颌骨颏孔处出现无痛性膨大，较硬，以后膨大范围逐渐波及左侧升支；2 年前，无明显诱因右侧下颌骨也出现膨大，与左侧大致对称。自发病以来，未做特殊治疗。今来我院求治，患者发病以来，精神好，饮食、大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：双侧下颌骨膨大，范围包括整个下颌骨体和下颌升支，在下颌骨体部有乒乓样感，其他部位质地较硬、无压痛。全口牙列略向颊、唇向倾斜，牙齿排列之间有少许间隙，牙齿未松动、牙齿感觉正常。相应皮肤无红肿，开口度正常。

X 射线检查 左右侧下颌骨体部及升支部广泛房性低密度影像，分房大小相近，沿下颌骨长轴发展，囊肿所波及的牙根无明显吸收。

1. 诊断 双侧下颌骨囊肿（性质待查）。

2.诊断依据

(1)双侧下颌骨无痛性膨大数年。

(2)X射线示弥漫性多房性低密度影像。

3.鉴别诊断

(1)(下颌骨)成釉细胞瘤　①下颌骨体部及下颌骨角部常见。②生长慢,初期无自觉症状。③随着病情逐渐发展,可使颌骨膨大,左右面部不对称。④可有牙齿松动、移位、脱落,吞咽、咀嚼、呼吸障碍。压迫下牙槽神经,患侧下唇及颊部出现麻木不适。⑤X射线:早期呈蜂房状,以后形成多房性囊状阴影。囊壁边缘常不整齐,呈半月型切迹。

(2)下颌骨角化囊肿　①下颌第三磨牙区及下颌升支为常见部位。②初期无明显症状。③随着病情发展,可出现疼痛、肿胀,有脓或液体流出。④常为单发,也可是多发。⑤X射线:单囊或多囊型放射透光区。

4.进一步检查　病理切片检查为双侧下颌牙源性角化囊肿。

5.治疗　外科手术摘除囊肿,保持下颌骨的功能。

【病案185】

患者,女,14岁,学生。

主诉　右侧颌面部反复肿胀2年。

现病史　2年前,患者不明原因地右侧颌面部出现肿胀、疼痛。给予消炎药(药名、剂量不详)治疗,疼痛消失,肿胀明显减轻,但肿胀未完全消退。2年来该部位反复肿胀、疼痛并加重,均给予消炎药治疗,只能减轻症状,缓解疼痛,但不能完全消除右颌骨肿胀。现来我院求治。患者自发病以来,睡眠、饮食、大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:右侧颌面部肿胀,尤以下颌角前部为突出,皮肤色泽正常。触诊右侧下颌角体部呈半圆形,质硬,无活动,周界不清,无压痛,向颊侧、舌侧膨大,以颊侧为甚。余无异常。

辅助检查　X射线示右下颌骨体部有一椭圆形低密度阴影。边缘整齐、骨白线完整,内部密度均匀一致。

1.诊断　右下颌骨囊肿合并感染。

2.诊断依据

(1)右侧颌面部反复肿胀2年。

(2)抗炎治疗有效,但肿胀不能完全消除。

(3)X射线示右下颌骨内有一椭圆形低密度阴影区。

3.鉴别诊断

(1)右侧下颌骨成釉细胞瘤　①成釉细胞瘤的X射线特点为早期呈蜂房状,以后形成多房性囊性阴影,边缘不整齐,可见房间切迹,受累牙根有吸收。②造釉细胞瘤大多为实质性,如囊性成分较多时,穿刺检查可抽出褐色液体。

(2)右侧下颌骨边缘性骨髓炎　边缘性骨髓炎分骨质增生型和骨质溶解型。①X射线表现:增生型有明显的骨密质增生,骨质呈致密影像;溶解破坏型可见病变区骨密质破坏,骨质稀疏脱钙,形成不均匀的骨粗糙面。②增生型患侧下颌升支及腮腺咬肌区肿硬;

溶解破坏型与囊肿相比触诊无明显特点，肿胀区不规则。

4.进一步检查

(1)穿刺抽出稀薄脓性分泌物。

(2)活检。

5.治疗　手术摘除囊肿。

【病案186】

患者，女，9岁，学生。

主诉　颏下肿物1年。

现病史　1年前，患者偶然发现颏下部有一肿物，柔软，无压痛，约有枣样大小，未治疗。肿物逐渐增大影响面容，来我院诊治。患病以来，睡眠、饮食及大小便均正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：颌面部对称，张口型及张口度正常。颏下部有一肿物大小约3.0 cm×3.0 cm，质韧有弹性，无压痛，边界清，可活动。穿刺抽出乳白色豆渣样分泌物。

1.诊断　颏下表皮样囊肿。

2.诊断依据

(1)颏下肿物1年。

(2)患者为青少年。

(3)肿物质韧有弹性，可活动，界清。

(4)穿刺抽出乳白色豆渣样物质。

3.鉴别诊断

(1)皮脂腺囊肿　①常见于面部；②囊壁与皮肤紧密粘连，中央可有一小色素点；③生长慢，质软，可活动，无压痛；④继发感染时可有疼痛、化脓；⑤囊内为白色凝乳状分泌物，合并感染时，为白色豆渣样物质。

(2)甲状舌管囊肿　①多见于1～10岁患者；②囊肿可发生于颈中线，自舌盲孔至胸骨切迹间的任何部位，以舌骨上下多见；③肿块生长缓慢，界限清，质软，无粘连，位于舌骨下方的囊肿可有粗硬条索与舌骨体粘连，随吞咽上下移动；④穿刺可抽吸出透明或微浑浊的稀薄或水样液体；⑤可继发感染，破溃后形成甲状舌管瘘。

(3)异位甲状腺　①常位于舌根部或舌盲孔的咽部；②呈瘤状突起，表面紫蓝色，质软，界限清；③语言不清，呈含橄榄语音；④^{131}I扫描可见异位甲状腺部位有核素浓聚。

4.进一步检查

(1)^{131}I颈部扫描

(2)穿刺物病理检查

5.治疗　手术摘除。

【病案187】

患者，女，17岁，学生。

主诉　右侧颈部肿物1年，增大4个月。

现病史 1年前，患者无意中触及右颈上部有一黄豆样肿物，因无症状，未引起注意，以后逐渐增大。4个月前，患者咽部发炎，该肿物迅速长大，感觉不适，来我院就诊。患病以来，饮食、睡眠、大小便正常。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：右颈上部明显隆起，表面皮肤色泽正常，上界起自右耳垂下，下至甲状软骨上缘平面，前界下颌后缘，后界达胸锁乳突肌后缘，大小约7 cm×5 cm。肿物活动性好，无压痛，质软，边界不太清楚。穿刺抽出黄色清亮的液体。余正常。

1.诊断 右颈部鳃裂囊肿(第二鳃弓来源)

2.诊断依据

(1)右颈部肿大1年。

(2)上呼吸道感染后肿物迅速增大，感觉不适。

(3)质软，无压痛。

(4)穿刺抽出黄色清亮液体。

3.鉴别诊断

(1)右颈动脉体瘤 ①生长缓慢，病程长；②肿物卵圆形，位于颈总动脉分叉水平；③瘤体附着于颈动脉鞘，故只能左右移动，不能上下移动；④压迫颈总动脉后瘤体缩小；⑤肿物有传导性搏动，无扩张性搏动，有时有血管杂音；⑥压迫舌下、迷走或交感神经可出现相应的神经症状；⑦少数患者可出现颈动脉窦综合征，如头晕、无力、心跳减慢或血压下降等。

(2)囊性淋巴管瘤 ①多发于儿童，常见于颈侧区；②可以是单囊，也可呈多囊性病变；③触诊质地柔软，可有波动感，一般无自觉症状，当持续增大或继发感染时，可压迫气管、食管致吞咽、呼吸障碍；④穿刺可见淡黄色液体，摇动可见较多泡沫(含有较多脂肪成分的缘故)；⑤体位移动试验(-)。

4.进一步检查

(1)穿刺物病理检查。

(2)MRI检查。

(3)碘油造影。

5.治疗 手术摘除囊肿。

【病案188】

患者，女，17岁，学生。

主诉 上腭肿大2 d。

现病史 2 d前，患者刷牙时无意中发现上腭中部有一肿物，突入口腔，无任何不适，来我院就诊。发病以来，饮食、睡眠正常，大小便正常。

检查 上颌切牙乳头稍偏左侧，有一约2 cm×2 cm肿物，高于黏膜，触诊柔软，有波动感，无压痛。X射线片示上颌中部切牙管附近有一2 cm×2 cm低密度阴影。穿刺抽出淡黄色液体。余正常。

1.诊断 鼻腭囊肿。

2.诊断依据

(1)上颌肿大2 d。

(2)肿物无痛、柔软、有波动感,位于切牙乳头稍偏左,约2 cm×2 cm大小。

(3)X线片示切牙管附近有一2 cm×2 cm低密度阴影区。

(4)穿刺抽出淡黄色液体。

3.鉴别诊断

(1)正中囊肿　①位于切牙孔之后,腭中缝任何部位;②X射线片上可见缝间有圆形囊肿阴影;③也可发生于下颌正中线处。

(2)上腭部混合瘤　①多发生于上腭后部及软硬腭交界处。②肿块多呈结节状、生长缓慢,病程长,活动度差,界不清。③可对腭骨和牙槽骨产生压迫性吸收。

(3)上腭颌骨骨肉瘤　①骨肉瘤的早期症状是患部发生间歇性麻木与疼痛,很快转为持续性剧痛,并伴反射性疼痛。②肿块生长迅速,致颌骨及牙槽骨发生膨胀或破坏,牙松动、移位,骨质破坏过多时可致病理性骨折。③X射线检查示日光放射状影像或不规则的囊样病损。④常向肺与骨转移。

4.进一步检查

(1)穿刺物病理检查。

(2)CT或MRI检查。

5.治疗　手术摘除囊肿。

【病案189】

患者,女,20岁,学生。

主诉　腭部正中肿物2 d。

现病史　2 d前,患者照镜子时无意中发现腭部正中有一肿物,大小如杏样,突入口腔,无痛,遂来我院就诊。发病以来,患者饮食、睡眠及大小便均正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查见硬腭中部、切牙乳头后约2 cm处有一约3 cm×2 cm大小肿物,边界清楚,扪之柔软,无痛,位于腭正中线外。穿刺抽出棕色液体。余正常。X射线示:腭中缝切牙孔后方有一圆形囊状阴影。

1.诊断　正中囊肿。

2.诊断依据

(1)腭部正中肿胀。

(2)肿物界限清,无压痛,柔软,位于腭中缝处。

(3)穿刺抽出棕色液体。

(4)X射线示一圆形囊状阴影。

3.鉴别诊断

(1)上腭部混合瘤　①多发于上腭后部及软硬腭交界处;②肿块多呈结节状,生长缓慢,病程长,活动度差,界限不清;③可致牙槽骨及腭骨产生压迫性吸收。

(2)上腭部骨瘤　①多见于青年人,多为单发,但下颌骨瘤较上颌部多见;②生长缓慢,早期无自觉症状,逐渐增大后可致颌骨膨胀肿大,引起面部畸形及牙移位。发生于上

颌骨者,可波及上颌窦、颧骨,致眼眶畸形、眼球突出或移位,甚至产生复视;③X射线可能为不规则囊样病损,并可合并病理骨折。

4.进一步检查

(1)CT或MRI检查。

(2)病理检查。

5.治疗　手术摘除。

【病案190】

患者,男,18岁,学生。

主诉　上唇肿胀2 d。

现病史　2 d前,患者发觉上唇轻微肿胀,上唇内侧长出一肿物,红枣样大小,无痛,遂来我院就诊。患病以来,患者饮食、睡眠及大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:左侧上唇底与鼻前庭内有一肿物,约2 cm×2 cm大小,皮肤色正常。上唇轻微肿胀,在外侧可扪出肿物有囊样感,柔软、无痛。X射线检查上颌骨骨质正常,未见破坏。余正常。

1.诊断　左侧鼻唇囊肿。

2.诊断依据

(1)上唇底与鼻前庭内有一肿物,柔软,无痛。

(2)X射线示上颌骨骨质正常,无破坏。

3.鉴别诊断

(1)右侧唇部皮脂腺囊肿　①常见于面部;②囊肿位于皮内并向皮肤表面突出,与皮肤紧密粘连,中央有一小色素点;③生长缓慢,圆形,界清、质软、无压痛;④穿刺抽出白色凝乳状皮脂腺分泌物。

(2)左侧唇颊部血管瘤(海绵状)　①位置深浅不一,深者表面黏膜颜色正常,浅者可呈蓝色或紫色;②肿瘤质地柔软,界限不清,可被压缩,有时可扪及静脉石;③体位移动试验(+);④体积较大者,可致颜面部、唇、舌等处畸形及功能障碍。

4.进一步检查　穿刺活检。

5.治疗　手术摘除。

【病案191】

患者,女,44岁,医生。

主诉　左耳下反复肿胀、流脓30年,左耳道流脓22年。

现病史　30年前不明原因诱发左耳下部红肿,逐渐增大,1周后皮肤破溃流脓,抗炎治疗有效,但反复发作。22年前到我院治疗,诊断为"左侧慢性腮腺炎",并行"左侧腮腺切除术",术后伤口愈合,但左侧外耳道内肿胀,破溃形成窦道,有黄白色油脂样物溢出,反复出现至今,耳部检查未发现中耳炎。患病以来,患者精神一般,饮食、睡眠、大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:左侧耳前下区较右侧凹陷,左侧耳前至下颌角处有一长约6.0 cm手术愈合伤口,左侧腮腺导管口较右侧明显缩小,按压左侧腮腺

区，未见有液体流出。左耳处耳道下壁有一窦道口，挤压耳下区可见有黄色脂样物溢出，无臭味。左耳鼓膜完整，听力正常。实验室检查：均未见异常。

1. 诊断 左侧第一鳃裂囊肿并发感染和外耳道瘘

2. 诊断依据

(1)左耳下部无明显诱因而发生肿胀，并皮肤破溃流脓30年。

(2)手术切除左耳下瘘管和左侧腮腺后出现左外耳道瘘，并溢出黄白色脂样物

(3)抗炎治疗有效，但反复发作。

(4)左耳鼓膜完整，听力正常。

3. 鉴别诊断

(1)左侧化脓性腮腺炎 ①起病急骤，早期症状轻微 ②肿胀区域以耳垂为中心，呈硬性浸润，局部皮肤充血潮红，触痛明显。③腮腺导管口红肿，按摩腺体有脓液溢出 ④脓肿形成后，波动感不明显，可溃破穿入外耳道。⑤全身中毒症状明显，白细胞计数升高，分类中性粒细胞比例上升。

(2)化脓性中耳炎 ①耳流脓，多呈间断性，上呼吸道感染时量增多。②鼓膜有穿孔，有轻度耳聋。③X射线检查一般无骨质破坏。

4. 进一步检查

(1)碘化油造影。

(2)CT或MRI检查。

5. 治疗 手术切除瘘管并修补外耳道瘘。

【病案192】

患者，男，30岁，工人。

主诉 颈部肿胀2周，瘘管1周。

现病史 2周前，患者发现颈部正中舌骨下缘有一约核桃大小肿物，无痛，质软。到厂职工医院治疗，给予消炎药，症状未缓解。1周前，做“脓肿切开引流术”，肿胀消失，但留下一瘘管，久不愈合，遂来我院求治。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：颈上中部，舌骨下缘有一0.5 cm×0.5 cm瘘口，压之有微量黄色稀薄液体流出，无压痛。肿物呈条索状，随吞咽动作而上下移动。余正常。

1. 诊断 甲状舌管瘘。

2. 诊断依据

(1)颈上中部舌骨下缘有一核桃大小肿物。

(2)肿物质软，无压痛，随吞咽动作而上下移动。

(3)“脓肿切开引流术”后遗留一瘘管，经久不愈。

3. 鉴别诊断

(1)舌异位甲状腺 ①常位于舌根部或舌盲孔的咽部。②瘤状突起，表面紫蓝色，质软，界限清。③语言不清，典型的“含橄榄”语音。④舌甲状腺较大时可出现吞咽困难和不同程度的入睡后呼吸困难等。

(2)皮样、表皮样囊肿合并感染　①生长缓慢，圆形、质软、表面光滑，界限清、无粘连。②多发生于口底及颏下。③扪诊有面团样柔韧感。④长于口底的囊肿向口内发展可致舌体抬高，影响发音、呼吸、吞咽。⑤穿刺物为乳白色豆渣样，镜下可见毛发、皮脂腺等皮肤附件

4.进一步检查　碘油造影检查。

5.治疗　手术切除瘘管。

【病案193】

患者，男，5岁。

主诉　颈中上部肿物渐大3年。

现病史　3年前，患儿父母发现患儿颈上部中央有一肿物，如花生米样大小，位于舌骨下缘未进行任何治疗。近3年来，肿物渐增大，现如核桃大小。遂来我院求治，患儿精神可，饮食、睡眠、大小便均正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：颌面部对称，颈部肿大，舌骨下缘颈正中部有一肿物，约4 cm×5 cm，边界清楚，质软，可活动。患儿吞咽时，肿物可随吞咽上下移动。余正常。

1.诊断　甲状舌管囊肿(舌骨下部)。

2.诊断依据

(1)颈上中部肿物渐大3年。

(2)肿物位于舌骨下缘颈正中处，边界清楚、质软，可活动。

(3)肿物随吞咽活动而移动。

3.鉴别诊断　舌异位甲状腺：①常位于舌根部或舌盲孔的咽部；②瘤状突起，表面紫蓝色，质软界清；③语言不清，典型的"含橄榄"语音；④甲状腺较大时可出现吞咽困难和不同程度的入睡后呼吸困难等。

4.进一步检查　穿刺，有时可抽出透明、微浑浊的黄色、稀薄或黏稠性液体。

5.治疗　手术切除　关键是切除囊肿时还应将舌骨中部一起切除，以防复发。

【病案194】

患者，男，10岁，学生。

主诉　舌根部肿胀并语言不清1周。

现病史　1周前，患者自觉舌根部肿胀不适，同时说话时觉得发音不清，自认为有炎症，口服"螺旋霉素片"每日3次，1次3片，连服3 d，症状未消除，遂来我院就诊。患病以来，患者饮食不佳，语言及吞咽有障碍，大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：舌根部有一肿物，约2 cm×3 cm，质软，界限清楚。患者吞咽困难，语言不清。穿刺抽出透明的淡黄色稀薄液体。余正常。

1.诊断　甲状舌管囊肿(舌骨上部)。

2.诊断依据

(1)舌根部肿胀伴语言不清1周。

(2)抗炎治疗无效。

(3)肿物质软,边界清。

(4)患者吞咽困难。

(5)穿刺抽出透明淡黄色稀薄液体

3.鉴别诊断

(1)舌下腺囊肿　①常见于青少年。②位于下颌舌骨肌以上的舌下区。③囊肿呈浅紫蓝色肿物,扪之柔软有波动感。④囊肿常位于一侧舌下区。⑤穿刺可抽出黏稠而略带黄色蛋清样唾液。⑥囊肿易复发。

(2)口底皮样囊肿　①多见于青春后期。②囊肿接近中线,边界清楚。③囊内含半固体状皮脂性乳白色豆渣样物质,扪之韧,无波动感而有压迫性凹陷。④囊肿呈黄白色。

(3)舌异位甲状腺　①常位于舌根部或舌盲孔的咽部。②瘤状突起,表面紫蓝色,质软,界限清。③语言不清,典型的"含橄榄"语音。④甲状腺较大时可出现吞咽困难和不同程度的入睡后呼吸困难等。

4.治疗　手术切除囊肿。

【病案 195】

患者,男,30岁,农民。

主诉　颊部肿物渐进性增大3年。

现病史　3年前,患者发觉左侧颊部有一肿物,如花生米样大小,无疼痛及不适,未治疗。近3年来,该肿物渐增大,仍无痛,但影响面容,为求根治,遂来我院就诊。入院来,精神可,睡眠、大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:左侧颊部有一肿物,表面呈结节状,约4 cm×5 cm。上界为颧骨,内侧为鼻翼。肿物质硬边界清楚,质地坚韧,可活动,触之无痛,表面光滑。X射线示上颌骨骨质无破坏。

1.诊断　左颊部纤维瘤。

2.诊断依据

(1)肿物渐进性增大3年。

(2)肿物位于面部,质硬,边界清楚,可活动,无痛,表面光滑。

3.鉴别诊断

(1)左颊部血管瘤　①属先天性血管错构或畸形,出生时即可被发现,体积可逐渐增大。②肿块呈鲜红或紫红色,与皮肤表面平,界限清,压之可退色,或界限不清,质柔软,可压缩,位置深浅不一;或高出皮肤黏膜表面,有搏动感和杂音,呈念珠状。③海绵状或蔓状血管瘤体位移动试验(+),穿刺抽出血性液体

(2)上颌窦癌　原发于前外侧壁的上颌窦癌主要表现为面部及颊沟肿胀。以后皮肤破溃,肿瘤外露。眶下神经受累可发生面颊部感觉迟钝及麻木。

4.进一步检查

(1)CT或MRI检查。

(2)活组织病理检查结果为纤维瘤,或术中冰冻切片病理检查。

5.治疗　手术摘除。

【病案 196】

患者,男,20 岁,学生。

主诉　右面部肿物 10 d,伴疼痛 2 d。

现病史　10 d 前,患者无意中发现右面部颧骨上方有一绿豆大肿物,触之柔软。自己服用消炎药,肿物不消,未再治疗。2 d 前,该处疼痛,并有黄色脓状物流出,遂来我院就诊。入院来,精神可,睡眠、饮食、大小便均正常。

检查　全身检查,未见异常。口腔专科检查:肿物位于右侧颧骨上弓,约 1 cm×1.5 cm,高出皮肤,肿物中央有一小色素点,触之柔软,疼痛,有脓性分泌物溢出。左右面部稍不对称,余正常。

1.诊断　面部皮脂腺囊肿合并感染。

2.诊断依据

(1)右面部肿物 10 d,伴疼痛 2 d。

(2)肿物高出皮肤,中央有一小色素点。

(3)触诊柔软,疼痛,有脓性分泌物溢出。

3.鉴别诊断　表皮样囊肿:①多发生于口底及颏下;②生长缓慢,圆形、质软,表面光滑,界限清,无粘连;③扪诊有面团样柔韧感;④长于口底的囊肿向口内发展可致舌体抬高,影响发音、呼吸及吞咽;⑤穿刺物为白色豆渣样,镜下可见毛发、皮脂腺等皮肤附件。

4.治疗

(1)抗炎治疗。

(2)手术摘除。

【病案 197】

患者,女,4 岁。

主诉(母亲代诉)　舌部红色肿物 4 年。

现病史　患儿出生时发现舌部有一米粒大小红色肿物,渐增大、无痛,未治疗。近来生长加快,特来求治。患病以来,患儿饮食、睡眠及大小便均正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:颌面部对称,开口度、开口型正常。舌背前 1/3 至右侧舌缘处有一肿物,稍隆起,约 1 cm×2 cm,紫红色,指压退色,与周围组织界限清楚。余正常,穿刺抽出鲜红色液体。

1.诊断　舌右侧缘部血管瘤(毛细血管型)。

2.诊断依据

(1)舌部肿物 4 年。

(2)肿物呈紫红色,指压试验(+),边界清。

(3)穿刺抽出鲜红色液体。

3.鉴别诊断　舌右侧缘血肿:①多有明显诱因,如外伤、针刺使静脉受损,组织内出血等;②血肿初发生时在黏膜下或皮下出现紫红色淤斑或肿块,可穿刺抽吸出血性液体;③

24～48 h以后，血肿处颜色逐渐变为黄绿色，血液凝结而成实质性肿块；④质地软、较大的血肿有波动感。

4.进一步检查 病理检查。

5.治疗

(1)硬化治疗。

(2)手术切除，应保持舌体长度。

【病案198】

患者，女，5岁。

主诉 舌部肿物1年。

现病史 1年前，患儿父亲无意发现患儿舌背部前2/3偏左侧有一小肿物，大小如枣。患儿无任何不适，未治疗。近1年来，肿物逐渐增大，大小如鸡蛋，呈紫色，无痛，影响进食、发音和面容，遂来我院就诊。患病以来，患儿睡眠、大小便均正常。

检查 全身检查，未见异常。口腔专科检查：颌面部对称，舌背前2/3偏左侧有一肿物约5 cm×5 cm，越过舌体中线，呈紫色，边界不清。扪之柔软，可被压缩，体位移动试验(+)，穿刺抽出鲜红色液体。余正常。

1.诊断 左侧舌背血管瘤(海绵状)。

2.诊断依据

(1)舌部肿物1年。

(2)肿物渐增大，呈紫色，边界不清，扪之柔软，可被压缩。

(3)体位移动试验(+)。

(4)穿刺抽出鲜红色液体。

3.鉴别诊断

(1)口底表皮样囊肿 ①病程长，生长缓慢。②囊肿呈圆形，表面黏膜光滑，囊肿周界清，与周围组织无粘连，触诊面团样感。③向口内发展，可使舌体抬高，影响发音、呼吸及吞咽。④穿刺物为乳白色豆渣样，镜下可见毛发、皮脂腺等皮肤附件。

(2)甲状舌管囊肿 ①囊肿多见于1～10岁儿童和少年。②囊肿可发生于颈正中线自舌盲孔到胸骨切迹间任何部位，以舌骨上下多见。③生长缓慢呈圆形，质软，界限清楚，与周围组织无粘连。④位于舌骨以下者有条索与舌骨体粘连，可随吞咽移动。⑤生长于舌盲孔周围者可使舌体抬高，影响呼吸、吞咽及发音。⑥穿刺抽出透明微浑浊的黄色稀薄或黏稠囊液。⑦合并感染破溃后可形成经久不愈的甲状舌管瘘。

4.进一步检查 行CT或MRI检查。

5.治疗 在保证呼吸通畅的情况下行手术切除血管瘤或硬化治疗。

【病案199】

患者，男，30岁，教师。

主诉 右侧耳屏前上方肿物1年。

现病史 1年前，患者发觉右侧颧弓上方靠近耳屏前上方有一肿物，大小如枣。高出

皮肤，患者能感到有搏动感，无痛。近日感肿物稍增大，遂来我院求治。患病来，患者睡眠、饮食及大小便正常

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：左右面部不对称，右侧颧弓上方靠近耳屏前上方有一肿物，约 2 cm×2.5 cm，高出皮肤。扪诊有震颤感，听诊有吹风样杂音，表面皮肤较周围正常皮肤为高，高出皮肤的皮温较周围高。有搏动感，余正常。

1. 诊断　右侧颞部蔓状血管瘤。

2. 诊断依据

(1)耳屏前上方肿物 1 年

(2)肿物位于颞浅动脉附近，高出皮肤，扪诊有震颤感，听诊有吹风样杂音，表面皮肤较正常皮肤为高，皮温较周围皮肤高。

(3)患处有搏动感。

3. 鉴别诊断

(1)动脉瘤　①它是由于血管腔局部扩大，瘤壁由动脉壁构成的真性动脉瘤。②多表现为无痛性肿块，表面光滑，呈球形或卵圆形，质韧有弹性，可触及明显搏动。听诊可闻及收缩期吹风样杂音。③压迫近心端，搏动杂音消失，瘤体缩小。

(2)后天性动静脉瘤　①多系损伤后发生；②损害较局限；③位置较深。

(3)假性动脉瘤　①多见于腮腺区；②有搏动；③病检可见纤维壁及血凝块；④可行动脉造影确诊。

4. 进一步检查　做动脉造影及瘤腔造影。

5. 治疗　手术治疗。

【病案 200】

患者，男，6 岁。

主诉　舌体肿大 5 年。

现病史　5 年前，患儿母亲喂奶时发现患儿舌背中 1/3 有一小水泡样肿物约黄豆大小，未加注意和治疗。近 1 年来，舌部肿物增大，舌体肿胀，遂来我院就诊。患儿入院以来，饮食欠佳，睡眠、大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：舌背部中 1/3 部巨大，前至中 1/3 与前 1/3交界处，后至舌盲孔附近，舌巨大，舌黏膜表面粗糙，有黄、红色小疱突起，排列成簇状。舌运动灵活性差。体位试验(－)，不能压迫变小。余正常。

1. 诊断　舌部淋巴血管瘤。

2. 诊断依据

(1)舌部肿大 5 年。

(2)舌黏膜表面粗糙，有黄、红色小疱突起。

(3)舌弥漫性肿大，生长缓慢，不能压迫变小

3. 鉴别诊断　舌体血管瘤：①多为海绵型，或蔓状型，体积较大时，可致巨舌症；②海绵型界限不清，质柔软，可压缩，体位移动试验(＋)；蔓状型高起于黏膜表面呈念珠状，有搏动及吹风样杂音；③穿刺抽吸出血液。

4.进一步检查

(1)穿刺

(2)病理检查

5.治疗 手术切除,施舌成形切除术,手术要充分保持呼吸道通畅,必要时需做气管切开

【病案201】

患者,男,38岁,农民。

主诉 右侧颌下区反复肿胀30年

现病史 患者30年前无意中发现右侧颌下区肿物约核桃大小,柔软、无痛。在当地县医院就诊,予以穿刺并注射药物(具体诊断及药物不详)后,肿胀消失。11年前右颌下又肿大,无痛,在当地县医院就诊,给予穿刺并注射泼尼松龙针剂后,肿大缓解。1个月前,右颌下再次肿大,并渐渐波及颏下,无明显不适,来我院就诊。患者患病以来,精神好,睡眠、饮食可,大小便正常。

检查 全身体格检查未见异常。口腔专科检查:双侧颌面部不对称,右颌下区弥漫性肿大,质地柔软,有波动感,无压痛,边界欠清,口内查无异常,体位移动试验(-)。

穿刺检查 淡黄色、透明水性液体

1.诊断 右颌下囊性水瘤

2.诊断依据

(1)右颌下区反复肿胀30年。

(2)双侧颌面部不对称,右颌下区弥漫性肿大,触质地柔软,有波动感,无压痛,边界不清

(3)体位移动试验(-),穿刺抽出淡黄色透明水样液体。

3.鉴别诊断

(1)右侧颌下鳃裂囊肿 ①多见于20~50岁患者;②第二鳃裂来源者多见,常位于舌骨水平、胸锁乳突肌上1/3前缘;③肿块大小不定,表面光滑,有时呈分叶状;④触诊质地柔软、有波动感、无搏动;⑤穿刺可抽吸出水样、乳糜样不透明液体或浓厚、透明的黏液性液体

(2)右侧颌下海绵状血管瘤 ①位置表浅的海绵状血管瘤其表面黏膜皮肤呈蓝紫色;②肿瘤边界不太清楚、扪诊质地柔软,可以被压缩;③体位移动试验(+);④穿刺可抽吸出血液。

(3)右侧舌下腺囊肿 ①约有20%的舌下腺突入到颌下区是潜突型舌下腺囊肿发生的解剖学基础;②舌体抬高,同侧舌下区肿胀呈淡蓝紫色、触诊质地柔软;③穿刺可抽出淡黄色蛋清样黏液。

4.治疗 外科手术切除囊性水瘤。

【病案202】

患者,男,1岁。

主诉 左颈部肿块半年，肿物突然肿大7 d。

现病史 半年前患儿家属发现患儿左颈部有一核桃大小肿物，无痛。7 d前肿物突然长大，抗炎治疗稍有缓解。穿刺有脓液抽出。

检查 全身一般情况好，心肺功能均无异常。口腔颌面部专科检查：颌面颈部明显不对称，左颌面、颈部明显肿大，边界前至颈中线，后到耳后方，上至耳屏，质地软，有波动感，但无搏动。1周前穿刺时抽出脓液。体位移动试验（－）。

实验室检查 白细胞计数较高。其余正常。

1.诊断 囊状水瘤合并感染。

2.诊断依据

(1)患儿年龄1岁，肿物突然肿大前无明显症状。

(2)肿大后穿刺抽出脓液，抗炎治疗有效但肿物未彻底消退。

(3)质地柔软，有波动感但无搏动感。

(4)体位移动试验（－）。

3.鉴别诊断

(1)颈动脉体瘤 临床较少见，其质地稍硬，可触及搏动。生长缓慢，多发于20～50岁成人，肿物位于颈总动脉分叉水平，呈卵圆形，颈动脉造影可见颈动脉分叉处增宽，充盈缺损或肿瘤本身有造影剂充盈。

(2)鳃裂囊肿 ①多发于20～50岁成人，临床上常见第二鳃裂来源的囊肿。②好发于颈上部，胸锁乳突肌上1/3的深面前缘。③肿块大小不定，生长缓慢，感染后可骤然长大。④穿刺内容物为水样、乳糜状的不透明液体。⑤穿破后易形成鳃裂瘘。

(3)海绵状血管瘤 位置表浅者表面皮肤呈蓝色，位置深在时虽无色泽变化，但瘤体多有压缩性，体位移动试验（＋）

4.进一步检查

(1)穿刺物作病理检查，同时作细菌培养和药敏试验。

(2)B超、MRI检查。

5.治疗

(1)抗炎治疗，根据药敏试验选择有效抗生素。

(2)手术摘除淋巴管瘤。

【病案203】

患者，男，18岁，学生。

主诉 左颈部肿块2个月。

现病史 患者于2个月前发现左颈部有一核桃大肿块，无触压痛，无发热，肿块缓慢生长，未经治疗。半月前肿块突然生长加速，伴触压痛，曾服抗炎药物（药名不详），用药后肿块减小，现来诊。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查见：左侧耳垂下有一3.0 cm×4.0 cm大小肿块，质块柔软，可压缩，周围境界不清，表面皮肤正常，有压痛。颞下颌关节区无弹响及压痛，开口度及开口型正常。

实验室检查　血常规、尿常规、胸透和心电图检查均正常。

1.诊断　左颈部鳃裂囊肿合并感染。

2.诊断依据

(1)左侧颈部肿块2月。

(2)半月前肿块突然生长加速，并伴有触压痛。

(3)用抗炎药后肿块减小。

3.鉴别诊断

(1)颈囊状水瘤　①囊状水瘤是一种淋巴管瘤。②绝大多数为出生时或出生数周即发现。③质块柔软，有波动感，穿刺可抽出淡黄色清亮液体。

(2)颈淋巴结核　①颈淋巴结核常在颈部一侧或双侧出现多个大小不等、缓慢生长的肿大淋巴结；②初期，肿大淋巴结表面光滑，中等硬，边界清，可移动；③晚期，淋巴结中心发生干酪样坏死，组织溶解液化，淋巴结变软形成冷脓肿；④可发生破溃；⑤常伴有低热、盗汗、乏力、厌食及消瘦等全身症状；⑥红细胞沉降率轻、中度增快；⑦结核菌素试验(+)；⑧穿刺涂片抗酸染色可查出结核杆菌

(3)海绵状血管瘤　①海绵状血管瘤位置浅表者表面皮肤呈蓝色，位置深在时无色泽变化；②血管多有压缩性，或可扪及静脉结石，低头时肿瘤增大；③穿刺为血液。

(4)颈动脉体瘤　①颈动脉体瘤质地较鳃裂囊肿稍硬，界限较其清楚；②可扪及搏动、震颤；③可听到杂音

4.进一步检查

(1)穿刺病理检查。

(2)做彩色B超检查明确囊肿范围。

(3)MRI检查。

5.治疗　手术摘除囊肿。

【病案204】

患者，男，18岁，学生。

主诉　发现左下颌2颗恒磨牙未萌2年余。

现病史　患者2年前发现自己左侧2颗下颌磨牙未萌出，未曾就诊，至今仍未见萌出，遂来我院就诊。患病以来，睡眠正常，精神可，饮食正常，大小便正常。

检查　发育正常，营养中等，余可。口腔颌面部检查：恒牙列，牙式为 $\frac{7654321|1234567}{7654321|12345}$，$\overline{|67}$缺如，$\underline{|67}$稍向下殆伸长，其余恒牙色泽形态正常，排列整齐。覆盖、覆殆正常。

X射线检查　左下第一、第二磨牙骨质稍膨隆，见一高密度影，椭圆形约4 cm×3 cm，无正常牙齿形态，周界有一清晰透射区。

1.诊断　左侧下颌牙瘤。

2.诊断依据

(1)左下颌第一、第二两磨牙缺如。

(2)病员无自觉症状

(3)X射线示左下颌膨胀,有一高密度影,椭圆形约4 cm×3 cm,周界有一清晰透射区。

3.鉴别诊断

(1)左侧下颌含牙囊肿 ①好发于下颌磨牙区;②一般伴有牙齿的缺如;③X射线表现为一境界清楚的X射线透光区伴有未萌出牙的牙冠,单房多见,亦可见多房。

(2)左侧下颌骨成釉细胞瘤 ①多发于成年人;②生长缓慢,无自觉症状;③颌骨膨大变形,可使牙齿松动、脱落,但一般不会引起牙齿不萌出而缺如;④X射线片示蜂房状阴影、房呈圆形或椭圆形密度减低影像,边缘常不整齐,呈半月型切迹。

4.治疗 手术摘除。

【病案205】

患者,男,25岁,农民。

主诉 右侧颈部肿块2年。

现病史 2年前发现右侧颈部一核桃大小的肿块,无痛,在当地抗炎治疗,效果不佳。以后又进行抗痨治疗,无效。以后肿块逐渐长大,约5 cm×6 cm。有轻度压痛。全身无明显不适。

检查 全身一般情况良好,无异常。口腔颌面部检查:右侧颈中部有一肿块,大小约5 cm×6 cm。边界清,与皮肤无粘连,前后方向有轻微动度,上下方向固定。在颈动脉三角区,颈动脉推压前移。颌下未触及淋巴结。

实验室检查 血常规、尿常规均未见异常。

1.诊断 神经鞘瘤(右颈部)。

2.诊断依据

(1)右侧颈部肿块2年。

(2)抗炎和抗结核治疗无效。

(3)肿块可沿神经长轴侧向移动,但不能上下活动。

(4)在颈动脉三角区,肿块将颈动脉推压向前移动。

3.鉴别诊断

(1)颈动脉体瘤 ①颈动脉体瘤是瘤体附着于颈动脉鞘的一种肿瘤。②压迫颈总动脉肿物可缩小。③颈动脉体瘤有传导性搏动,无扩张性搏动。④活体检查易出血。⑤造影可见颈动脉分叉处增宽、充盈缺损或肿瘤本身有造影剂充盈。

(2)颈淋巴结核 ①颈淋巴结核常在颈部一侧或双侧出现多个大小不等、缓慢长大的肿大淋巴结。②早期淋巴结质地中等硬度,边界清楚,晚期淋巴结中心液化坏死、淋巴结变软后形成冷脓肿。③可发生皮肤溃破。实验室检查红细胞沉降率增高。④结核菌素试验(+)。⑤穿刺涂片抗酸染色可查出结核杆菌。

4.进一步检查

(1)穿刺病理检查。

(2)造影检查。

(3)CT、MRI 检查。

5.治疗 手术切除或摘除。

【病案 206】

患者,女,42 岁,公司经理。

主诉 左耳垂下肿块 5 年。

现病史 5 年前发现左耳垂下一花生米样大小肿块,无任何自觉症状。肿块生长缓慢,1 年前曾穿刺检查,抽出血性液体,不凝固,报告为"神经鞘瘤"。

检查 全身一般情况良好。口腔颌面部检查:左耳垂下一核桃大小肿块,边界清楚,表面光滑,呈圆形,质地较软,并可上下活动,不能前后活动。颌下未触及肿大淋巴结。

实验室检查 无异常。穿刺报告为神经鞘瘤。

1.诊断 神经鞘瘤(来源于面神经)

2.诊断依据

(1)左耳垂下肿块 5 年,肿块生长缓慢,无自觉症状。

(2)肿块可上下活动,不能前后活动,质地软。

(3)穿刺报告为神经鞘瘤。

3.鉴别诊断

(1)腮腺混合瘤 也常表现为缓慢生长的无痛性肿块,质地中等硬度,腮腺造影表现为良性肿瘤的占位病变,瘤体周围导管受压。

(2)腮腺淋巴结核 多有结核病史,淋巴结核病情加重时,可出现快速增长,当肿块发生干酪变,穿刺可见干酪样物质,经抗结核治疗有效。

(3)腮腺恶性肿瘤 病程一般较短,常有近期生长加速、侵犯面神经的特点,出现面部感觉异常、疼痛或面瘫的表现。造影可见导管破坏缺损,碘油外溢。

4.进一步检查 B 超检查。

5.治疗 手术摘除,术中避免面神经断裂而引起并发症。

【病案 207】

患者,女,65 岁,退休工人。

主诉 左颌下肿物 50 年。

现病史 50 年前,患者发现左颌下有一蚕豆大小肿物,疼痛,在当地医院肌内注射"青霉素"针剂 80 万 U 1 周,无效,肿物未消失,但疼痛明显减轻。以后肿物虽缓慢长大,但因无明显不适,一直未再予以治疗。现肿物已增大至鸡蛋大小,且仍然缓慢增长,遂来我院门诊就诊。患者起病以来,精神好、睡眠、饮食正常,大小便正常。

检查 全身体格检查未见异常。口腔颌面部检查:双侧颌面部对称,双侧颞下颌关节运动自如、对称,张口度、张口型正常,左颌下皮肤松弛,表面见 7 块大小不一的棕色斑块,直径均大于 1.5 cm。触诊皮下有多个质地硬韧的瘤结节,丛状分布,无压痛。口内恒牙列中$\frac{1|1}{71|17}$存,余已缺损,左颌下腺导管开口处为清亮液体,未扪及导管内结石。

1.诊断 右颌下神经纤维瘤。

2.诊断依据

(1)左颌下缓慢生长性肿块50年。

(2)左颌下区皮肤松弛,表面见7块大小不一的棕色斑块,直径均大小1.5 cm。触诊皮下有多个质地硬韧之结节,从状分布,无压痛。

3.鉴别诊断

(1)左侧慢性颌下腺炎 ①青壮年男性多见;②常存在导管结石、导管狭窄等致病因素;③典型症状表现为进食时的颌下腺肿胀、疼痛,腺体硬韧;④口内查可见导管口有脓性液体分泌,自觉有苦或咸味液体溢出。

(2)左侧颌下腺肿瘤 ①颌下腺良性肿瘤除肿块外多无其他症状,生长缓慢;②颌下腺恶性肿块生长速度快,常伴有自发痛或触痛,可累及舌神经、舌下神经及面神经下颌缘支;③颌下腺肿块无皮肤棕色斑

4.进一步检查 穿刺物病理检查示左颌下神经纤维瘤。

5.治疗 手术切除,手术要彻底以防复发。

【病案208】

患者,女,17岁,学生。

主诉 左颞部肿块8年。

现病史 8年前发现左颞部有一扁圆形小肿物,触之有疼痛感,局部皮肤表面有大小不一的咖啡色斑,肿物慢性生长,未经任何治疗,全身无明显不适。

检查 全身一般情况好,背部皮肤可见2个直径约1.5 cm棕色斑块,无明显不适及压痛。口腔专科检查:左颞部有一约2.0 cm×3.0 cm肿物,边界不清、质软,无压缩性、轻微触压痛。局部皮肤表面有5处大小不一的咖啡色斑块,平于表面,皮肤松弛下垂使左眼畸形,余未见异常。

实验室检查 血常规、尿常规、心电图及胸透检查未见异常。

1.诊断 左颞部神经纤维瘤。

2.诊断依据

(1)患者年轻,左颞部肿块慢性生长,范围弥漫,周界不清。质软,不可压缩,触压痛

(2)皮肤表面有色素增加,呈咖啡色。

(3)肿块侵犯皮肤使之松弛,一同下垂,畸形明显。

(4)伴有其他部位斑块。

3.鉴别诊断

(1)多发性基底细胞痣综合征(mutiple basal cell nevus syndrome) 表现有多发性痣样基底细胞上皮瘤、多发性颌骨囊肿、分叉肋及其他骨骼异常。皮肤上主要局限于面颈及胸部,缺乏咖啡色斑,X射线检查颌骨存有病变,藉此与神经纤维瘤鉴别。

(2)加德纳综合征(Gardner syndrome) 又称家族性结肠息肉病。该综合征有三大特征:结肠息肉、软组织肿瘤、骨瘤。软组织肿瘤主要是发生于皮肤的多发性纤维瘤、神经纤维瘤或表皮样囊肿,但无咖啡牛乳色斑。并伴有腹泻、黏液便或血便。

(3)淋巴管病　好发于颈侧方、颌下、颞下等深层软组织间隙中，界线不清，发展较快，透光试验(+)，穿刺为水样淋巴液，涂片见淋巴细胞。

4.治疗　手术切除。

【病案209】

患者，女，23岁，工人。

主诉　舌根部肿物8个月。

现病史　8个月前，突然发现吐痰时带有血丝，遂到我院口腔科求治，发现舌根部枣样大小肿物并诊断为"舌根囊肿"，建议组织病理检查，结果为炎性肉芽肿，肿物逐渐生长、增大。7个月前，再次到肿瘤医院做组织病理检查，结果为炎性肉芽组织伴淋巴滤泡上皮增生。经抗炎治疗无效，见肿物生长加快，再次求治我院，门诊以"舌根部肿物"收入院。病人精神尚可，饮食困难，睡眠、大小便无异常。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部检查：颌面部对称，颞下颌关节无压痛，张口度及张口型无明显异常。伸舌时见根部有枣样大小肿物，直径约2 cm，质中等，界限清、不活动，表面色泽稍发白。肿物主体稍靠右侧，张口伸舌时见肿物几乎与悬雍垂相接，舌体感觉、运动正常，肿物穿刺抽出少样血液。$\overline{6|6}$残根，双侧扁桃体不肿大。

实验室检查　胸透示两侧肺纹理增多。

1.诊断　舌根部神经鞘瘤。

2.诊断依据

(1)舌根部肿物，表面色泽发白，界清、不活动。

(2)肿物穿刺抽出血液不发生凝结。

3.鉴别诊断

(1)甲状舌管囊肿　①多见于1~10岁儿童；②囊肿可发生于颈中线舌盲孔至胸骨切迹间的任何部位，以舌骨上下多见；③肿块生长缓慢，界限清，质软，无粘连，位于舌骨以下的囊肿，可有索条与舌骨体粘连；④穿刺可抽出透明或微浑浊的稀或黏稠液体；⑤可继发感染，破溃后形成甲状舌管瘘。

(2)舌根部异位甲状腺　①常位于舌根部或舌盲孔的咽部；②呈瘤状突起，表面紫蓝色，质地柔软界清；③语言不清，呈典型的"含橄榄"语音；④用^{131}I扫描时，可见异位甲状腺部位有核素浓聚。

(3)舌根表皮样囊肿　①生长缓慢，圆形，表面光滑，与周围组织无粘连；②触诊质地似面团样弹性；③向口内发展的表皮样囊肿可使舌体抬高，影响发音、呼吸等功能；④穿刺抽吸出乳白色豆渣样物，内含皮肤附件，如毛囊、皮脂腺等结构。

4.进一步检查

(1)^{131}I扫描肿物及甲状腺区，未见异常。

(2)术中冰冻切片证实为神经鞘瘤。

5.治疗　手术摘除。

【病案210】

患者，男，55岁，农民。

主诉 右下唇糜烂3年，肿块半年。

现病史 3年前右下唇糜烂、疼痛，经治疗后愈合，后常有反复。半年前，原病变部位糜烂并长出肿块，抗炎无效。肿块呈菜花状外生突出，影响口腔闭合功能并导致涎液外溢。

检查 患者全身一般情况差，消瘦，严重营养不良。口腔颌面部检查：下唇右侧中外1/3处有一菜花状外生突出的肿块，硬度中等，位于唇红部并浸润到皮肤，边缘外翻不平，病损表面有血痂，右口角流涎。有30年吸烟史。

实验室检查 血、尿常规正常。心电图显示心肌前壁缺血。活检结果为鳞状细胞癌。

1.诊断 右下唇鳞状细胞癌。

2.诊断依据

(1)右下唇反复糜烂3年，最近半年长出肿块，抗炎无效。

(2)下唇右侧中外1/3有一菜花状外生突出的肿块，中等硬度，边缘外翻不平，并影响口腔闭合功能导致涎液外溢。

(3)30年吸烟史。

(4)病理报告为鳞状细胞癌。

3.鉴别诊断

(1)慢性唇炎 唇黏膜经常皲裂、糜烂、渗出和出血，对症治疗后，可见好转，慢性唇炎与维生素缺乏有关。

(2)盘状红斑狼疮 是一种自身免疫性疾病。病变局限，多发生于下唇，女性多见。早期局部多呈增厚的红斑，以后可出现经久不愈的溃疡，边缘高起，溃疡面可结血痂。后期呈现多发性皮肤病变，尤其是向两侧颧面部形成蝶形斑，如同时伴有其他全身症状时，可诊断为系统性红斑狼疮。血清免疫学检查和病理检查可以确诊。

(3)乳头状瘤 是好发于青壮年的一种良性肿瘤。呈外生性生长，高出黏膜表面，外观呈疣状或菜花状。肿瘤边缘清楚，有蒂与正常黏膜相连，大多肿瘤直径不超过1 cm。

(4)疣状癌 好发于老年患者，生长缓慢，恶性程度较低。表面呈白色粉刺或小乳头状，肿瘤边界清楚，周边可发现黏膜白斑。

4.治疗

(1)对原发灶多采用手术切除，切除后同期整复唇的形态。

(2)如有淋巴结转移，可同期行治疗性颈淋巴清扫术。

【病案211】

患者，女，64岁，农民。

主诉 右颊部扁平苔藓10年，加快生长半年。

现病史 10年前右颊部糜烂、疼痛，诊断为"扁平苔藓"，长期治疗过程中，症状时有反复，一直未能彻底治愈。4年前拔除65|残根。半年前，病变范围开始扩大、变硬，表面糜烂加重，并有轻度张口受限。

检查 全身一般情况差，消瘦，营养不良。口腔颌面部检查：颌面部对称，张口轻度受

限。右颊黏膜在口角后1 cm处相应殆线位置有一肿块，质地中等硬度，周围边界尚清楚，向深部浸润，肿块表面溃疡，不平。口腔卫生情况差，65|为固定修复体。颌下触及肿大淋巴结1个，有边界，压痛。

实验室检查　血尿常规正常。心电图显示心脏无异常。

1.诊断　右颊癌(颈转移)。

2.诊断依据

(1)右颊部扁平苔藓10年，加快生长半年。

(2)肿块位于咬合线位置，65|曾为残根，现为固定修复体。

(3)肿块表面溃疡，并向深部浸润。

(4)有轻度张口受限。

(5)颌下肿大淋巴结1个，有压痛。

3.鉴别诊断

(1)慢性溃疡　症状有反复，经去除病因和保守治疗后溃疡有愈合趋势，底部无浸润性肿块。

(2)结核性溃疡　常有结核史或并发于活动性肺结核，细菌培养抗酸染色(+)。

4.进一步检查

(1)取活检明确病理诊断。

(2)CT摄片检查确定深部侵犯范围和情况。

5.治疗

(1)原发癌灶的处理　手术治疗为主，可考虑辅以放射治疗。

(2)转移癌灶的处理　与原发灶同期行选择性颈淋巴清扫术。

【病案212】

患者，女，49岁，干部。

主诉　右颊黏膜溃烂2个月。

现病史　2个月前，患者发现右颊黏膜糜烂疼痛，口服药物(药名不详)治疗无效，经活检诊断为"右颊黏膜鳞状细胞癌"遂来我院求治。发病以来，患者饮食、睡眠及大小便均正常。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部检查：颌面部发育对称，无畸形，张口型正常，张口度Ⅰ度，|6残根，|678牙龈萎缩，右颊脂垫部及翼下颌韧带处有一约1.5 cm×1.5 cm溃疡病灶，表面凹陷，覆假膜，基底部硬，固定，有触痛。其前部相当6|相对颊黏膜处有一约1.5 cm×1.5 cm大小白色斑块，表面粗糙。颌下及颈部未触及肿大淋巴结。

1.诊断　右颊黏膜鳞状细胞癌。

2.诊断依据

(1)右颊黏膜溃烂2个月。

(2)张口度受限。

(3)右颊脂垫及翼下颌韧带处有一约1.5 cm×1.5 cm大小的溃疡病灶，有触痛。

3.鉴别诊断

(1)腺周性口疮　①可发生于任何部位，好发于颊、软腭、咽等处；②溃疡多为单发，持续月余至数月；③溃疡大而深在，直径 10~30 cm，边缘隆起，边缘整齐，愈后可遗留瘢痕或有组织缺损；④该病有自限性及复发性等特点。

(2)结核性溃疡　①多见于患有活动性肺结核病的成年患者，多发于舌、颊、唇、软腭、硬腭等处；②溃疡外形不规则，边缘隆起，呈潜掘性的向内卷曲状，隆起的边缘呈鼠啮状，溃疡面平坦，呈暗红色针头大小的肉芽肿，似桑葚，覆少量脓性分泌物，基底软而无硬结

(3)创伤性溃疡　①通常有明显诱因，如残冠残根，不良修复体等，多为孤立性溃疡，溃疡的大小及形状与相应牙尖、基托相似；②溃疡中央凹陷，边缘呈不规则隆起，周边红晕，溃疡表覆黄白色假膜；③去除不良刺激后，一般溃疡在数日内愈合。

(4)梅毒下疳及树胶肿　①患者多有游冶史。②梅毒下疳的大小一般为 0.5~2 cm，边缘隆起呈铜色，中心呈棕红色，溃疡表面无坏死物，少数覆白色假膜，疼痛明显。树胶肿是三期梅毒的一种表现，多见于舌腭中线，初起为无痛硬性小结节，逐步扩大成数厘米肿块，坏死始于中心部，表面溃疡，组织脱落后遗凿孔状缺损，数月方能愈合。③可借助梅毒螺旋体的有关检测手段加以诊断。④青霉素等敏感药物治疗有效。

(5)恶性肉芽肿　①多见于男性青壮年；②多发于口腔中线部位；③病变呈进行性坏死，受侵软硬组织迅速出现糜烂、溃疡、坏死脱落后造成穿孔；④抗炎治疗无效，多次活检均为慢性炎症；⑤全身症状明显，出现贫血、发热等症状，最终死于全身衰竭。

4.进一步检查

(1)活组织病理检查术。

(2)术中组织冰冻快速切片病理检查。

5.治疗　以综合治疗为主。

【病案 213】

患者，男，20 岁，农民。

主诉　左侧面部肿胀、疼痛伴张口困难 1 年，术后复发 10 个月。

现病史　1 年前，无明显原因，患者左侧面部逐渐肿胀，伴轻度疼痛、张口困难。口服抗炎药物(名称、剂量不详)无效。10 个月前，在当地医院诊断为“左颞部肿瘤”，并行手术，术后病理检查为“慢性炎症”。术后肿胀未减，疼痛加重，张口困难，并出现左下唇部麻木，遂来我院就诊。发病以来，患者精神一般，睡眠不佳，饮食困难，大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：双侧颌面部不对称，左侧颧骨上方有一约 4.0 cm×4.5 cm 肿物，压痛明显，有轻微波动感。左侧发际处有约 5.0 cm 长的钝角形切口瘢痕，张口中度受限，左下唇部皮肤、左下颌牙及牙周感觉丧失。余正常。

实验室检查　白细胞计数 9.15×10^9/L。穿刺病检报告：慢性炎症。核磁共振检查报告：炎性肿物约 6.0 cm×5.0 cm×4.0 cm，骨质边界不清。X 射线示：双侧颧骨骨质正常。

1.诊断　左颞下窝恶性肿瘤。

2.诊断依据

(1)左颞部肿胀，疼痛 1 年。

(2)肿物压痛，有轻微波动感。

(3)张口困难。

(4)左侧下唇及左下颌痛觉丧失,麻木。

(5)MRI示左颞下窝有一占位肿物,大小约6.0 cm×5.0 cm×4.0 cm,骨质边界不清。

3.鉴别诊断 左颞间隙感染:①多由邻近间隙感染扩散而致;②可表现为局限性颞部的肿胀或是伴有腮腺咬肌区、颊部、颧部的广泛肿胀,肿胀部位有压痛、凹陷性水肿,张口受限;③浅脓肿可扪及波动感,深部脓肿穿刺有脓液;④脓液长期积聚可致颞骨骨髓炎、脑膜炎、脑脓肿等并发症;⑤抗炎治疗有效。

4.进一步检查 活组织病理检查结果为左颞下平滑肌肉瘤。

5.治疗

(1)手术切除(根治性切除术)。

(2)化学治疗加生物治疗。

【病案214】

患者,女,42岁,教师。

主诉 左耳垂前下肿块7年。

现病史 7年前左耳前下方发现一枣样大小肿块,无痛,无任何不适症状。该肿块呈缓慢生长,曾抗炎治疗无效。

检查 全身检查,未见明显异常。口腔颌面部检查:左耳垂前下方有一核桃样大小肿块,边界清楚,有活动度,与周围组织无粘连,质地中等硬度,表面皮肤光滑,无瘙痒感,腮腺导管口正常,挤压腮腺区有无色清亮液体流出,无功能障碍。

实验室检查 无异常。

腮腺造影 显示为良性肿瘤的占位性病变,瘤体周围导管受压弯曲,形似手抱球状。

1.诊断 左腮腺浅叶混合瘤。

2.诊断依据

(1)左耳垂下即腮腺区无痛性肿块7年。

(2)肿块生长缓慢,与周围组织无粘连,边界清楚,活动。

(3)腮腺导管口正常,挤压腮腺有无色清亮液体溢出。

(4)腮腺造影的影像表现为瘤体周围导管受压弯曲,形似手抱球状。

3.鉴别诊断

(1)慢性淋巴结炎 腮腺区的慢性淋巴结炎有时也表现为无痛性肿块。病史常有时大时小改变,经抗炎治疗肿块可缩小。有时伴有中耳炎、慢性咽炎等疾病。

(2)腮腺淋巴结核 多有结核病史。腮腺淋巴结核病程长,缓慢生长,病情加重或机体抵抗力弱时,可迅速生长,与混合瘤生长方式相似。但行抗结核治疗时,肿块缩小。当肿块发生干酪样变,穿刺可见干酪样物质。

(3)腮腺囊肿 生长缓慢,质地柔软,均匀一致,有波动感,穿刺可抽出无色透明液体。

(4)腮腺良性肥大 良性肥大患者局部有酸胀不适等症状,可借腮腺造影作鉴别。

(4)腮腺恶性肿瘤 病程一般较短,常有短期内生长迅速、疼痛感,侵犯面神经,出现面瘫表现,腮腺造影可见导管破坏缺损,碘油外溢。

(5)第一颈椎横突肥大　在乳突尖到下颌角中点的深面可被扪及，呈硬性肿块，时有轻度不适和轻度疼痛。位置较深，硬而不活动，拍 X 射线下颌后前位片可显示过长的横突。

4.治疗　手术切除，多形性腺瘤即混合瘤的包膜不完整，单行肿瘤摘除术后易复发，主张行保留面神经的腮腺浅叶或腮腺切除术。

【病案 215】

患者，男，27 岁，干部。

主诉　双侧腮腺区肿块 7 年。

现病史　7 年前发现右侧耳屏前下有一枣样大小肿块，去当地医院求治，经仔细检查发现左侧耳垂下有一花生米样大小肿块，边界不清，质地中等硬度，无痛，以后肿块缓慢长大，但一直无明显主观症状，无功能障碍。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部检查：右侧耳前下方一肿块，界限不清，呈分叶状，局部皮肤有色素沉着，粗糙变厚。无痛，无自觉症状。左侧耳垂下肿块呈圆形，边界不清，质地橡皮状，有时瘙痒。检查颌下淋巴结，触及双侧颌下多个淋巴结肿大。

实验室检查　白细胞计数明显升高，分类中嗜伊红细胞比例达 15%。余未有异常。

1.诊断　双侧腮腺嗜伊红淋巴肉芽肿。

2.诊断依据

(1)患者年龄 27 岁，双侧腮腺区无痛性肿块。

(2)病史较长，生长缓慢。

(3)肿块界限不清，右侧肿块分叶状，左侧肿块呈圆形。

(4)局部皮肤粗糙，有色素沉着和局部瘙痒。

(5)双侧颌下淋巴结肿大。

(6)血象中白细胞计数较高，嗜伊红细胞分类比例达 15%。

(7)无明显自觉症状，无功能障碍。

3.鉴别诊断

(1)慢性化脓性腮腺炎　①多有急性发作的病史。②口腔检查可见腮腺导管口轻微红肿，压迫腺体有浑浊黏稠的涎液自导管口流出。③皮肤无粗糙及色素沉着，无瘙痒症状，多有轻微胀痛感。腮腺造影检查可见：主导管呈腊肠状，腺泡呈雪花状。

(2)恶性淋巴瘤　①病程短，生长迅速，患者全身症状明显。②淋巴细胞数量明显增多。

4.进一步检查　腮腺碘油造影。

5.治疗

(1)局部病变可行放射治疗。

(2)多发性病变以化学治疗及应用肾上腺皮质激素治疗为主。

【病案 216】

患者，男，74 岁，农民。

主诉　左耳垂下肿块2年。

现病史　2年前发现左耳垂下有一花生米样大小肿块，无痛，抗炎治疗无效。以后肿块逐渐长大，但仍无疼痛及其他不适。全身情况无明显不适。

检查　全身一般情况尚可，心肺无异常。口腔颌面部检查：面部不对称，左耳垂下方有一3 cm×4 cm包块，圆形，表面皮肤正常，质地较软，与周围组织分界清楚，无压痛。

实验室检查　血常规：血红蛋白10.5 g/L，白细胞计数6.7×10^9/L，分类单核细胞占0.03，淋巴细胞占0.21，多核细胞占0.74。尿常规：尿蛋白(-)。

1.诊断　左腮腺腺淋巴瘤(Warthin's tumor)。

2.诊断依据

(1)左耳垂下肿块2年，无痛。

(2)患者年龄74岁，肿块生长缓慢。

(3)肿块圆形，质地较软，与周围组织分界清楚。

3.鉴别诊断

(1)淋巴结炎　腮腺区慢性淋巴结炎多发生于耳前区，发生于腮腺下极的淋巴结炎不多见，病程较长的慢性淋巴结炎，局部可发生纤维粘连，故质地较腺淋巴瘤硬，且不活动。病史多诉发病前面部或耳周存在感染灶。

(2)腮腺区其他肿瘤　腮腺区的肿瘤类型较多，但对放射性核素^{99m}Tc扫描一般无亲和力，扫描检查可见核素在局部浓聚，此点可与其他肿瘤相鉴别。嗜酸性腺瘤对^{99m}Tc亦有亲和力，但质地、部位与混合瘤相似。

4.进一步检查

(1)穿刺作病理检查。

(2)^{99m}Tc扫描检查。

5.治疗　原则是在肿瘤外正常组织部切除。虽然有多中心的生长或复发，但发生率低，复发后有再次手术的条件，可减少正常腮腺的损失。

【病案217】

患者，女，45岁，农民。

主诉　左颊部肿块3年余。

现病史　3年前，患者左颊部发现一蚕豆粒大小肿块，边界清楚，中等硬度，表面光滑无触压痛，未经治疗。3月前，肿块突然增大常出现疼痛，硬度强，边界不清，呈弥散性，无活动度。用抗菌素治疗无效，并出现面瘫。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部检查：左侧颊部后下方有一肿物，大小约3.0 cm×3.5 cm×3.0 cm，肿物向外膨出，表面皮肤完好，肿物硬，呈弥散性，边界不清，不移动，常伴有疼痛。

实验实检查　血常规、尿常规均未见异常。

1.诊断　左侧腮腺黏液表皮样癌。

2.诊断依据

(1)左颊部肿块3年。

(2)患者年龄45岁，肿块生长缓慢，无触压痛。

(3)3月前，肿块突然增大，并出现疼痛。

(4)触压硬度高，边界不清，呈弥散性，无活动度，并出现左侧面部瘫痪。

3. 鉴别诊断　多形性腺瘤：①多发生于30~50岁患者；②为缓慢生长的无痛性肿块，可位于腮腺浅叶及深叶；③肿瘤边界清楚，活动，与周围组织无粘连；④小者仅蚕豆粒大小，就诊晚者肿块直径可达20~30 cm，重约数千克；⑤一般不引起功能障碍。

4. 进一步检查

(1)穿刺物病理检查。

(2)碘油造影。

(3)CT检查。

5. 治疗

(1)手术治疗，保留面神经，腮腺浅叶及肿物切除。

(2)术后辅以化学治疗。

【病案218】

患者，男，70岁，干部。

主诉　左侧腮腺区无痛性肿物4个月，生长加速，疼痛1个月。

现病史　4个月前患者偶然发现左侧耳垂前有一肿块，约花生米大小，质硬，无疼痛及其他不适，未采取治疗。近1个月来，肿块体积增长迅速，伴有局部疼痛，遂来我院就诊。患者起病以来，睡眠、饮食正常，精神可，大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部检查：双侧颌面部不对称，口角偏向右侧，流涎，左侧眼睑闭合不全，左侧额纹消失。双侧颞下颌关节运动对称，开口型不偏斜，开口度4.0 cm。左侧耳垂下、胸锁乳突肌前缘扪及一约4.0 cm×4.5 cm大小肿块，边界欠清，质地硬韧，不活动，无压痛，双侧颌下淋巴结不肿大。上颌牙缺失，765|缺损，双侧腮腺导管口无红肿，按摩腺体见清亮液体溢出。舌体运动自如，咽不充血，扁桃体不肿大。

CT检查　左腮腺区占位性病变，局部界限不清，向周围软组织内浸润，腮腺深叶与咽缩肌间透明带存，肿块内部密度不均匀。意见：左腮腺区恶性肿瘤。

1. 诊断　左腮腺恶性肿瘤。

2. 诊断依据

(1)左侧腮腺区无痛性肿块4个月，生长加速，疼痛1个月。

(2)4个月时间肿块已由花生米大小长至4.0 cm×4.5 cm大小。

(3)肿块质硬韧，无压痛，不活动。

(4)患者有面瘫症状，口角偏向右侧，流涎，右侧眼睑闭合不全，左侧额纹消失。

(5)CT扫描示，左腮腺区占位性病变，局部界限不清，向周围软组织内浸润，腮腺筋膜平面消失，肿块内部密度不均。腮腺深叶与咽缩肌间透明带存。意见：左腮腺区恶性肿瘤。

3. 鉴别诊断

(1)左侧慢性腮腺炎　①多有急性发作史及反复发作的双侧腮腺肿胀；②导管口可有

轻微发红，按摩腺体导管口可有"雪花样"唾液分泌，自觉口内常有咸味液体分泌；③病程久者，腺体硬韧，导管呈粗硬条索状。

(2)左侧腮腺混合瘤　①常以耳垂为中心生长；②肿块多呈圆形或椭圆形，表面光滑或呈结节状；③触诊限清，硬度中等，与皮肤无粘连，可活动；④不妨碍面神经功能；⑤出现生长加速、疼痛及功能障碍时，提示有恶变可能。

(3)左侧腮腺区淋巴结炎　①又称假性腮腺炎，多见于青少年及儿童；②有腮腺区小结核逐渐增大发展病史；③病程发展缓慢，局限；④腮腺导管口无红肿，唾液分泌正常。

4.进一步检查　CT、腮腺碘油造影、穿刺物病理检查示左腮腺癌。

5.治疗

(1)切除左侧腮腺及面神经，若侵犯咀嚼肌，颌骨则一并切除。

(2)可行左侧颈淋巴清扫术。

(3)化学治疗。

【病案 219】

患者，男，57 岁，退休工人。

主诉　左下磨牙区肿物半年，加重 3 个月。

现病史　2 年前因左下后牙疼痛、松动，遂到口腔诊所拔除⌈67。2 个月后镶复活动义齿。半年前自感义齿处牙龈隐痛，去除义齿后见牙槽嵴处有绿豆大小红色肿块并溃烂、被当地诊为"溃疡"并治疗，效果欠佳。3 个月前突感疼痛明显，至今期间肿块增长迅速，似菜花状并溃烂，创伤后出血。近 1 个月咬合错乱。否认有外伤史，患病期间全身未见明显异常。

检查　双侧颜面对称，颞下颌关节区未见异常。开口度正常，口腔卫生差，结石Ⅱ度，牙齿排列整齐。咬合关系错乱，下颌向右偏，⌈67 缺失，⌈67 牙槽嵴及其颊侧波及升支处有一肿物，约 3.0 cm×3.0 cm×5.0 cm，呈溃疡型，色红，触之易出血，不活动，中等硬度，触压痛(+)。$\overline{54|}$松动Ⅱ度。左颌下及左颈部触及淋巴结 5 个，无明显触压痛，活动度欠佳。

实验室及辅助检查　血、尿、粪常规正常。心电图检查示心室下壁呈缺血性表现。肝脏功能正常，乙肝表面抗原(-)。胸片检查肺部未见转移灶。左下颌侧位片见⌈6 与⌈7 间下颌骨有一纵形骨折线，断端呈锯齿状且不规则，结合病史考虑为病理性骨折。组织病理检查为(左下颌磨牙区)牙龈鳞状细胞癌，分化Ⅰ级。

1.诊断　左下颌牙龈癌。

2.诊断依据

(1)患者为男性，57 岁。有义齿修复史。肿物生长迅速，波及骨质。

(2)肿物呈溃疡型，触之易出血，不活动，中等硬度，侵犯左下颌骨并骨折，导致咬合错乱。左颌下及颈部淋巴转移。

(3)活体组织检查为(左下颌磨牙区)牙龈鳞状细胞癌，分化Ⅰ级。

3.鉴别诊断

(1)下颌骨中心性癌　①早期即出现下唇麻木或疼痛；②肿胀为骨性，而不是软组织

增生膨胀。③牙早期松动至脱落，且常累及多个牙。④脱落牙的牙槽内可见新生物，活检可区别。⑤X射线片示破坏自下颌骨中央向四周蔓延，可出现病理性骨折。

(2)结核性溃疡 发生于任何年龄，溃疡较浅，边缘有倒凹，底部有干酪样坏死物质，多有陈旧性肺结核或结核病史，早期即有明显自发痛。病理组织活检为结核性肉芽肿。

(3)恶性肉芽肿 ①好发于男性青壮年。②溃疡为不规则状，以坏死为主。③早期即伴有全身症状，表现为低热、贫血。④活检为非特异性炎症。⑤治疗以化学治疗为主。

4.进一步检查 CT或下颌骨曲面断层片了解病变侵犯范围。

5.治疗 综合治疗，即手术摘除配合化学治疗。

(1)早期龈癌行牙槽突切除。

(2)晚期龈癌行下颌骨矩行切除，配合化学治疗。

(3)对于本病案患者，采用“左下颌骨摘除加左颈淋巴清扫术”，术后配合化学治疗。

【病案220】

患者，男，51岁，工人。

主诉 右上颌牙龈肿块3个月。

现病史 患者于20年前右上颌牙痛，拔除患牙后1个月修复，后缺牙区反复出现疼痛、红肿，服用消炎药后症状缓解。3个月前感该区疼痛加重并出现一软性包块，不出血；服用抗炎药物症状不缓解，经病理活检诊断为“右上颌牙龈高分化角化型鳞状细胞癌”。

检查 患者一般情况好，神志清，营养中等。口腔颌面部检查：双侧面部对称，双侧颞下颌关节区无压痛，张口度正常，牙齿排列整齐，结石Ⅱ度，32|缺失，缺牙区及腭侧有一约1.5 cm×2.0 cm×2.0 cm大小软性包块，表面充血呈淡红色且糜烂，触之易出血。侵犯周围牙槽突，54|松动Ⅱ～Ⅲ度，双侧颌下触及活动淋巴结，无压痛。

辅助检查 血常规、尿常规、心电图检查无异常。上颌骨华氏位片示双侧上颌窦对称，边界清晰，中鼻甲不偏。胸部正位片示肺纹理清晰，未见明显转移灶。

1.诊断 右上颌牙龈高分化鳞癌。

2.诊断依据

(1)肿瘤位于牙龈处，生长较快，呈溃疡型肉芽粒状，溃疡面坏死物不多。

(2)溃疡长期不愈，触之易出血，抗炎治疗无效。

(3)病理活检示高分化鳞状细胞癌，起源于牙龈。

3.鉴别诊断

(1)牙龈炎 局限于牙龈缘，抗炎治疗有效。

(2)化脓性肉芽肿 呈无症状性丘疹、结节或息肉状肿块，表面粗糙、溃烂、覆盖白色坏死性假膜，肉芽肿阶段色红、质软、易出血，多见于女性，显微镜检查有大量中性白细胞浸润。

(3)结核性溃疡 好发于舌、颊、唇等处。溃疡较浅、边缘有倒凹，底部有干酪样坏死物质，多有陈旧性肺结核，早期即有明显自发痛，病理组织活检可发现结核性肉芽肿。

(4)恶性肉芽肿 好发于男性青壮年，以不规则性溃疡坏死为主，早期即有全身症状，如低热、贫血等。病变发展迅速，溃烂扩大明显，活检为非特异性炎症。

(5)上颌窦癌 病史先有鼻部症状，后出现牙槽部症状，也可同时出现。临床上牙龈或腭部先出现肿胀，后出现破溃，溃疡周围尚可见未破溃的肿胀区，牙松动脱落较早，且为多个牙。X射线表现为上颌窦有占位性病变及广泛骨质破坏。

4.进一步检查 X射线摄片、CT或MRI检查。

5.治疗

(1)术前化学治疗一疗程，以CTX、PYM、VCR联合化学药物治疗。

(2)手术治疗，在全身麻醉下行右舌骨上淋巴清扫术加左上颌骨部分切除术。

(3)术后定期化学治疗。

【病案221】

患者，男，32岁，农民。

主诉 左上牙龈新生物4个月。

现病史 5个月前，患者进食时不慎被异物刺入|23间牙龈内，取出后有出血并伴轻微疼痛，未做处理。1个月后该处牙龈肿痛、出血，肿胀区域的中央有一绿豆大小的肿物，在当地医院予以抗炎治疗(具体药物及剂量不详)，效果不佳。近1个月以来，肿物生长加快，遂来我院就诊。患病以来，一般情况可，睡眠、饮食正常，大小便正常。

检查 全身体格检查未见异常，体温正常。口腔颌面部检查：双侧颜面部对称。双侧颞下颌关节运动自如，对称，开口度正常，开口型不偏斜。恒牙列完整，无龋齿、残根，|1234区内牙龈上见一新生物，包绕|1234，中央部溃烂，面积约3.0 cm×4.0 cm。|1234松动Ⅱ度，轻度叩痛，无移位。

X射线检查 |1234牙槽骨呈底小口大之扇形破坏吸收影。

1.诊断 左上颌牙龈癌。

2.诊断依据

(1)左上颌牙龈新生肿物4个月。

(2)|1234区之牙龈上见一新生物，包绕|1234，中央溃烂，面积约3.0 cm×4.0cm。|1234松动Ⅱ度。

(3)肿物生长迅速，且伴肿痛、出血等症状。

(4)抗炎治疗效果不明显。

(5)X射线片示|1234间的牙槽骨破坏、吸收。

3.鉴别诊断

(1)左上颌牙龈瘤 ①多见于中青年女性；②最多见于双尖牙区的颊侧龈乳头部位；③肿块一般生长缓慢；④肿块较局限，圆形或椭圆形，有或无蒂；⑤较大的牙龈瘤可遮盖部分牙齿并因咬伤而发生溃疡；⑥随着肿块的不断生长，可以破坏牙槽骨壁，X射线表现为骨质吸收、牙周膜增宽的阴影；⑦可伴有牙齿的松动、移位。

(2)成人型牙周病 ①患者口腔卫生状况差；②全口多个或单个牙齿受累而至松动或脱落；③牙龈炎症易于出血；④松牙区可探及明显的牙周袋；⑤X射线显示牙槽骨呈水平型或垂直型或混合型吸收；⑥抗生素结合局部洁治(牙周病的序列治疗)有一定效果。

4.进一步检查 行活检术，术后病理结果为左上颌牙龈鳞状细胞癌，分化Ⅰ～Ⅱ级。

5.治疗

(1)全身体检。

(2)采用手术、化学治疗、放射治疗的综合治疗。

【病案 222】

患者,男,58 岁,干部。

主诉　左舌下红肿 2 个月,溃烂 1 个月。

现病史　2 个月前无明显诱因患者左舌下红肿、疼痛,经口服抗生素(具体药物及剂量不详)后无效。1 个月前,左舌下出现溃烂,且溃烂面不断增大,有疼痛症状,影响进食,遂来我院就诊,患者起病以来精神可,饮食一般。睡眠可,大小便正常。

检查　全身体格检查无异常。口腔颌面部检查:口腔颌面部双侧对称,双侧颞下颌关节运动自如、对称,开口度、开口型正常。左舌下区见一约 3 cm×1 cm 大小溃疡面,边缘隆起呈火山口样,基底暗红色,触诊边缘及底部发硬,触痛明显。颏下及双侧颌下淋巴结肿大。余可。

实验室检查　心电图示心肌下壁呈缺血性改变。

1.诊断　口底癌。

2.诊断依据

(1)左侧舌下红肿 2 月,溃烂 1 月余。

(2)抗炎治疗无效。

(3)左侧舌下区见一约 3 cm×1 cm 大小溃疡面,周缘隆起呈火山口样,底暗红色,边缘及基底部质硬,触痛明显。

3.鉴别诊断

(1)结核性溃疡　①患者多有结核病史;②多见于舌、颊、唇等处;③溃疡较浅,边缘有倒凹,基底部可有干酪样坏死物质;④早期即有明显自发痛;⑤活检显示结核性肉芽肿;⑥抗结核治疗有效。

(2)恶性肉芽肿　①多见于男性青壮年;②多发于鼻腔、硬软腭、扁桃体等处;③不规则性溃疡以坏死为主,病变进展迅速,可致口鼻腔穿孔;④全身症状如高热、贫血等症状明显。

4.进一步检查　行组织活检示口底鳞状细胞癌。

5.治疗　以手术为主的综合性治疗。

【病案 223】

患者,女,53 岁,干部。

主诉　左口底肿块 2 个月。

现病史　2 个月前自觉左口底疼痛,并摸到一肿块,以后肿块长大并发生表面溃疡,说话不清,影响进食,流涎。

检查　全身一般情况尚可,心肺无异常。口腔颌面部检查:左口底有一肿块,大小约 1.5 cm×2 cm,质地中等硬度,不活动,表面溃疡并有少量污物。舌体运动不灵活,外侧已

侵犯左侧下颌骨，|34 松动Ⅱ度。肿块未越过舌系带到对侧口底。颌下触到肿大淋巴结2个，固定，边界清楚，有压痛。

实验室检查　血、尿常规正常。乙肝表面抗原（+），肝功能正常。曲面断层片显示左侧下颌骨舌侧骨板被破坏。

1.诊断　左口底癌。

2.诊断依据

(1)左口底肿块2个月，疼痛并有表面溃疡

(2)肿块不活动，质地中等硬度，并侵犯舌体和下颌骨，导致舌运动不灵活，左下颌骨板被破坏，|34 牙齿松动

(3)颌下触及肿大淋巴结2个，固定并有压痛。

(4)曲面断层片。

3.鉴别诊断

(1)舌下腺癌　位置深在，口腔黏膜大多完整，很少发生溃疡。口腔双合诊有助于诊断并了解肿块性质及浸润情况。

(2)口底慢性炎症和溃疡　位置表浅，质地软，未向周围及深部浸润，经积极治疗后能治愈。如2周后仍无愈合趋势，则需作活检来鉴别。

4.进一步检查

(1)做MRI检查了解病变侵犯范围

(2)局部取组织活检。

5.治疗

(1)原发癌灶的处理　因肿块已侵犯舌体和下颌骨骨板，所以切除原发灶时应一同切除下颌骨或至少切除下颌骨牙槽突，切除范围还应包括口底肌群和舌下腺。侵犯舌体部分也应一并切除。手术切除后，原则上应同期修复口底缺损，以保证消除创面和保证舌的运动功能。

(2)转移癌灶的处理　应行双侧肩胛舌骨上淋巴清扫术，或同侧颈淋巴清扫术、对侧肩胛舌骨上淋巴清扫术。

【病案224】

患者，男，57岁，教师。

主诉　右舌侧缘中部肿块半年。

现病史　半年前右舌侧缘疼痛、溃疡。抗炎治疗1周，效果不佳。以后肿块逐渐长大，疼痛加剧，有时自溃疡处出血，影响睡眠和工作。该患者有33年吸烟史。

检查　患者全身情况差，表情较痛苦，因影响进食而非常消瘦。口腔颌面部检查：右舌侧缘中部有一肿块，大小约2 cm×4 cm，稍突出于正常舌体，中央有一溃疡，底部不平，周缘稍隆起，触诊舌体深层有浸润。65| 缺失并镶有固定的假牙，与肿块位置对应。颌下触及数个固定有压痛的淋巴结。

实验室检查　无异常。

1.诊断　右舌侧缘癌（颈转移）。

2.诊断依据

(1)右舌侧缘中部肿块半年,经抗炎治疗,效果不佳。

(2)半年内肿块生长明显,并有疼痛,表面有溃疡和出血。

(3)$\overline{65|}$不良修复体的长期刺激。

(4)该患者有33年吸烟史。

(5)颌下触及数个固定有压痛的淋巴结。

3.鉴别诊断

(1)叶状乳头炎　在舌侧缘后部,有烧灼不适感,局部发红,检查见叶片状的叶状乳头充血,有长期反复糜烂则应视为癌前病变。

(2)结核性溃疡　亦多见于中年人,溃疡面浅、范围大,持续性疼痛,质地软,无浸润,常有结核史或并发于活动性肺结核。

(3)白斑、红斑、扁平苔藓　可用2%甲苯胺蓝染色,如染色深且不能被醋酸脱色,即可初步诊断已发生癌变,然后取组织病理检查证实。

4.进一步检查　取肿块组织病理检查以明确诊断。

5.治疗

(1)对于原发灶的处理　宜采用放射治疗、手术加化学治疗的综合治疗。

(2)颈淋巴结转移癌的处理,舌癌的转移率高,转移部位较广,手术范围应采用根治性颈淋巴清扫术。

【病案225】

患者,男,77岁,工人。

主诉　舌部右侧缘糜烂疼痛3个月。

现病史　3个月前,右侧舌缘部疼痛、糜烂,诊断为"舌炎",口服消炎止痛药(药名、用量不详)。将与溃疡面相邻的$\overline{76|}$拔除,症状减轻,溃疡面一直未愈合。2个月前仍未见好转反而疼痛更明显,糜烂面更大,今来我院就诊。患者自患病以来,精神饮食差,大小便正常。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部检查:口腔颌面部对称,张口度、张口型正常。$\overline{76|}$缺失,舌体活动轻度受限,居中。舌右侧边缘约$\overline{76|}$位置处有一约3.0 cm×1.5 cm大小的溃烂面,表面凹陷,有假膜,溃烂面两侧及口底部可触一硬块,固定不活动,压痛明显。右侧颌下可触及一肿大淋巴结,大小约1.0 cm×1.0 cm,活动,无压痛。

1.诊断　舌癌。

2.诊断依据

(1)舌右侧缘溃烂疼痛3个月。

(2)抗炎治疗无效,溃烂面更大,疼痛更明显。

(3)溃疡面两侧及口底触及硬块,疼痛,不活动。

3.鉴别诊断

(1)创伤性溃疡　①通常有明显诱因,如残冠残根、不良修复体等,多为孤立性溃疡,溃疡的大小及形状与相应牙尖、基托相似;②溃疡中央凹陷,边缘呈不规则隆起,周边红

晕，溃疡表覆黄白色假膜；③去除不良刺激后，一般溃疡在数日内愈合。

（2）腺周口疮　①可发生于任何部位，好发于颊、软腭、咽等处；②溃疡多为单发，持续月余至数月；③溃疡大而深在，直径 10～30 mm，边缘隆起、边缘整齐，愈后可遗留瘢痕或有组织缺损；④溃疡有局限性及复发性等特点。

（3）结核性溃疡　①多见于患有活动性肺结核病的成年患者，多发于舌、颊、唇、软腭硬腭等处；②溃疡外形不规则，边缘隆起，呈潜掘性的向内卷曲状，隆起的边缘呈鼠啮状，溃疡面平坦，呈暗红色针头大小的肉芽肿状，似桑葚，覆少量脓性分泌物，基底软而无硬结。

（4）梅毒下疳及树胶肿　①患者多有游治史。②梅毒下疳的大小一般为 0.5～2 cm，边缘隆起呈铜色，中心呈棕红色，溃疡表面无坏死物，少数覆白色假膜，疼痛明显。树胶肿是三期梅毒的一种表现，多见于舌腭中线，初起为无痛硬性小结节，逐步扩大成数厘米肿块，坏死始于中心部，表面溃疡，组织脱落后遗凿孔状缺损，数月才能愈合。③可借助梅毒螺旋体的有关检测手段加以诊断。④青霉素等敏感药物治疗有效。

（5）恶性肉芽肿　①多见于男性青壮年；②多发于口腔中线部位；③病变呈进行性坏死，受侵软硬组织迅速出现糜烂、溃疡，坏死脱落后造成穿孔；④抗炎无效，多次组织病理检查均为慢性炎症；⑤全身症状明显，如贫血、发热等症状，最终死于全身衰竭。

4．进一步检查　病理组织检查证实为舌体鳞状细胞癌。

5．治疗　手术、化学治疗、放射治疗综合治疗法为主。

【病案 226】

患者，女，51 岁，工程师。

主诉　左硬腭肿块 3 个半月。

现病史　3 个半月前患者自觉左上腭部疼痛，有异物感。照镜子发现左上腭有一肿块，边界不清，稍硬，抗炎治疗无效。肿块生长较快，影响进食和语言。

检查　全身一般情况尚好。口腔颌面部检查：左上硬腭对应$\underline{|4567}$处一肿块，隆起、表面溃疡，边缘外翻，基底不活动，边界不清，较硬，浸润到$\underline{|4567}$牙龈，牙齿$\underline{|56}$松动 1 度。颌下触及 2 个质地中等硬度淋巴结，有压痛，较固定。

实验室检查　无异常。组织病理检查报告为高分化鳞状细胞癌。

1．诊断　左上腭鳞状细胞癌（颈转移）。

2．诊断依据

（1）左硬腭部肿块 3 个半月，肿块生长较快，抗炎治疗无效。

（2）肿块表面溃疡，边缘外翻，基底不活动，边界不清，浸润$\underline{|4567}$牙龈、牙齿$\underline{|56}$松动 1 度。

（3）颌下触及质地中等硬度淋巴结 2 个。

（4）组织病理检查报告。

3．鉴别诊断

（1）腭结核　溃疡表面有颗粒均匀的肉芽粒样病变，多有结核病史。做细菌培养抗酸染色（＋）。

(2)涎腺癌 表现为外突型肿块,一般在黏膜下,表面完整,只有到晚期才能发生溃破,但仍有完整黏膜覆盖的部分,病程较长,侵袭性隐蔽。

(3)恶性肉芽肿 多发生于中线,呈进行性糜烂坏死,常穿破骨与鼻腔相通,同时多伴有全身发热。

(4)上颌窦癌 发生于上颌窦底部的癌常可引起口腔症状,但上颌窦常先有鼻部症状,牙齿松动脱落,X射线表现为上颌窦的占位性病变,广泛骨质被破坏。

4.进一步检查 MRI检查确定肿瘤侵及范围。

5.治疗

(1)原发癌灶的处理 常以手术治疗为主。多行连同腭骨在内的病灶切除术,范围较大者可行上颌骨次全切除术。术后应用修复体恢复缺损和牙列。

(2)转移癌灶的处理 行一侧功能性颈淋巴清扫术。

【病案227】

患者,男,12岁,学生。

主诉 右颈部肿块3个月。

现病史 3个月前发现右颈部一肿块,活动,表面皮肤正常,无压痛。2个月前在原肿块周围又发现2个肿块,并有不规律发热,当地医院按结核经抗痨治疗无效。几个肿块慢慢长大融合在一起,较固定,质地硬。穿刺涂片报告为"大量柱状上皮及梭形的淋巴细胞。"

检查 全身一般情况较差,消瘦。口腔颌面部检查:右颈上部有一核桃大小肿块,质地硬,固定,边界不清楚,表面皮肤正常,无压痛。未触及颌下其他淋巴结。

实验室检查 血常规:血红蛋白11.5 g/L,白细胞计数9.3×10^9/L,分类中单核细胞数目明显增高。尿常规无异常。

1.诊断 恶性淋巴瘤。

2.诊断依据

(1)右颈部肿块3个月。

(2)穿刺涂片显示为大量柱状上皮及梭形的淋巴细胞。

(3)抗结核治疗无效。

(4)肿块由1个发展为3个,并融合固定,边界不清楚。

(5)血象中单核细胞数目增高。

3.鉴别诊断

(1)淋巴结炎 急性炎症有红、肿、热、痛表现,多可找到原发感染病灶。慢性炎症也多有明显原发感染灶,肿大的淋巴结光滑、活动,有轻度压痛,抗炎治疗后可缩小或消失。

(2)颈部淋巴结核 以青少年多见,多为串珠状结节。早期无粘连,活动。穿刺检查干酪样物质是其特点,后期可液化坏死,淋巴结变软而形成冷脓肿。

(3)传染性单核细胞增多症 肿大的淋巴结有明显触痛,查异嗜抗体反应(+)。

(4)恶性网状细胞增多症(恶网) 恶网是一种网状内皮系统恶性增生性疾病。临床特点为长期发热,肝、脾、淋巴结肿大,白细胞减少,进行性贫血、皮肤、黏膜淤斑。其诊断

主要依据为血、骨髓涂片及淋巴结活检时发现网状细胞。

4.进一步检查

(1)查骨髓象。

(2)X射线片、CT、MRI检查。

(3)组织病理检查,明确分类及分期。

5.治疗 恶性淋巴瘤对放射治疗和化学治疗都较敏感,明确分类后可按不同方案进行治疗。

霍奇金淋巴瘤(HL):早期以放射治疗为主,晚期的HL,常用化学治疗MOPP(氮芥、长春新碱、甲基苄肼、泼尼松)方案疗效较好,同时辅以放射治疗。

非霍奇金淋巴瘤(NHL):易全身播散,治疗效果不如HL,多采用COP(环磷酰胺、长春新碱、泼尼松)方案。个别病人如肿块退缩不满意者,可配合以放射治疗、中药治疗和免疫治疗。

对于早期结内型恶性淋巴瘤,常手术摘除,明确诊断后再追加放射治疗和化学治疗。

【病案228】

患者,女,57岁,农民。

主诉 左侧颧骨区肿胀刺痛4个月余。

现病史 5年前患者因感冒、发热,流鼻涕呈清水样,未经治疗,逐渐好转。3年前,患者无明显原因出现鼻塞、脓涕量增多,自服消炎药物可缓解,后鼻塞流涕发作次数逐渐增加,自服消炎药物效果不明显,因不影响生活未进一步治疗。4个月前,患者感觉左侧颧骨区有针刺样疼痛,反复发作,左侧颧骨区逐渐肿大、左鼻塞加重,流涕减少,偶有黄色脓涕。

检查 全身检查未见异常。口腔颌面部检查:两侧颌面不对称,左颧部肿胀,局部皮肤色、温正常,边界不清,压痛(+),向耳颞部放射,时有针刺样自发性跳痛。眶下区皮肤无疼痛及麻木感。左颌下可触及一花生豆大小淋巴结,可活动,压痛(+),边界清楚。左侧腮腺乳头肿大,色正常,压之无脓性分泌物溢出。

实验室检查 血常规、尿、胸透、心电图检查均正常。

1.诊断 左上颌窦癌。

2.诊断依据

(1)反复发作鼻塞、流脓涕5年余,左侧上颌窦区肿胀压痛及自发性跳痛4个月余。

(2)CT扫描示左上颌窦前壁、后壁及内侧壁骨质广泛破坏,后壁处有一软组织块影,左上颌窦腔内有大量积液,软组织块影向前突入皮下。

(3)查体左侧颧骨部肿胀,边界不清,压痛(+),向耳颞部放射,时有针刺样自发性跳痛。左颌下可触及1.0 cm×0.5 cm大小的淋巴结,可活动,压痛(+),边界清楚。

3.鉴别诊断

(1)慢性上颌窦炎 ①长期的慢性上颌窦炎可使窦内黏膜增厚,上颌窦骨壁发生不规则硬化,X射线片可见窦壁密度增高;②X射线片呈云状密度增高影;③经上颌窦冲洗,抗炎治疗6周,症状明显减轻或治愈。

(2)上颌骨牙源性肿瘤与骨肿瘤　①早期无上颌窦炎症状;②均可通过膨胀、浸润方式累及颌窦;③肿瘤原发于窦外。

(3)肉芽肿类疾病　①肉芽肿类疾病亦可累及上颌窦,恶性肉芽肿常破坏腭骨与上颌窦底,X射线片可见骨质破坏影像;②肉芽肿类疾病在组织学上呈慢性炎症改变;③恶性肉芽肿组织学表现为非特异慢性炎症,抗炎治疗无效,对放射治疗敏感。

4.进一步检查

(1)做组织病理检查。

(2)CT、核磁检查肿物范围及骨质破坏情况。

5.治疗

(1)手术切除。根据肿瘤生物学活性可考虑颈淋巴清切术。

(2)进行局部放射治疗和全身化学治疗的综合治疗。

【病案229】

患者,男,14岁,学生。

主诉　左下颌骨进行性肿大4年。

现病史　4年前偶被别人发现左右面部不对称,未在意。以后左侧逐渐长大,且不对称愈加明显。于3年前在当地医院拍片检查,表现为模糊的斑点状密度减低－密度增高影像。膨大处表面皮肤正常,无触痛。以后膨大处仍缓慢生长,无感觉异常。

检查　全身检查无异常表现。口腔颌面部检查:左侧面下部明显大于右侧,表面皮肤光滑,膨大处对应口腔黏膜正常。┌34567内倾性移位,无松动。X射线显示毛玻璃状改变。

实验室检查　血常规、血清生化值均无异常。

1.诊断　骨纤维异常增殖症。

2.诊断依据

(1)患者14岁,在下颌骨进行性肿大4年,表面皮肤正常,无触痛。

(2)病变生长缓慢,面部不对称,膨大区域牙齿内倾、不松动。

(3)X射线检查,4年前,表现模糊的斑点状密度减低－密度增高影像,现在显示毛玻璃状改变。

3.鉴别诊断

(1)牙骨质化纤维瘤　①形状呈圆形,而骨纤维异常增殖症呈现纺锤形。②边缘清楚,而骨纤维异常增殖症边缘不清楚。③累及骨,多发生于下颌骨,而骨纤维异常增殖症上颌稍多于下颌。④主要患病年龄,骨化纤维瘤的年龄是7～60岁,平均年龄27岁,而骨纤维异常增殖症多发生于20岁以下的患者。

(2)颌骨恶性淋巴瘤　少见,可表现为界限不清的骨稀疏影像,此斑点状纤维异常增殖症的影像更不规则。骨皮质不光滑,可有连续性中断。

(3)成骨性转移癌　多发生于较大年龄组,询问病史可知身体他处有原发性肿瘤症状或治疗史。

(4)慢性骨髓炎　X射线检查示骨髓炎的膨胀区,骨皮质通常有一点或多点不规则,

而骨纤维异常增殖症的影像显示骨膨胀区皮质可变薄，但光滑，而且表现基本一致。

4.治疗　对于对面容影响不大的患者，可先观察，直到骨骼发育成熟并稳定后再行骨纤维异常增殖症成形切除术。如影响面容较重，可行手术成型切除治疗。

【病案 230】

患者，女，60 岁，农民。

主诉　右下颌骨肿块 2 个月。

现病史　2 个月前患者在体检时被发现在下颌骨肿大，追问病史该患者右下牙有疼痛史。当时拍曲面断层片检查，显示骨质呈溶解性破坏，边缘不规则。半个月前，患者自觉下唇麻木，左下颌疼痛。

检查　全身一般情况差，消瘦，营养不良。口腔颌面部检查：颌面部两侧不对称，右侧下颌肿大明显，质地硬，有压痛，无明确边界。口腔内$\overline{76543}|$松动，对应颊、舌侧黏膜肿胀；触及颌下淋巴结 3 个，锁骨上窝淋巴结 1 个，淋巴结均固定，有压痛。

实验室检查　血、尿常规无异常。颌骨曲面断层片示右下颌骨呈溶解性破坏，边缘不规则，骨密度完整性破坏。

1.诊断　右下颌骨中央性颌骨癌(已颈转移)。

2.诊断依据

(1)右下颌骨肿块 3 个月。

(2)有牙痛病史，查$\overline{76543}|$松动，对应颊、舌侧肿胀。

(3)下唇麻木。

(4)颌下及锁骨上窝共触及固定有压痛淋巴结 4 个。

(5)曲面断层片。

3.鉴别诊断

(1)慢性骨髓炎　多有炎症病史，X 射线显示除有骨质破坏外，还有骨质增生修复表现，不表现下唇麻木症状。如触及颌下淋巴结则淋巴结一般活动，压痛不明显。

(2)神经炎　非常少见，麻木可时轻时重。X 射线片显示无骨质破坏。

(3)颌骨转移癌　常可发现患者原发肿瘤的症状和体征。如不能发现原发病灶，则只有靠病理检查才能确诊。

4.进一步检查　拔除病变区一个牙齿，自牙槽窝取一块组织作病理检查，即可确诊。

5.治疗

(1)原发灶的处理　手术治疗是治疗中央性颌骨癌的主要方法，切除范围要广，本病案需行一侧下颌骨切除。

(2)转移癌的处理　应同期行根治性颈淋巴清扫术。

(3)为预防远处转移，应配合术前术后的化学药物治疗。

【病案 231】

患者，男，57 岁，农民。

主诉　左上颌后牙松动，对应颊沟肿胀 3 个月。

现病史 3个月前感到左上颌后牙区颊沟肿胀，牙齿松动，疼痛，抗炎治疗1周，效果不佳，2个月前拔除|5，根尖组织做病理检查，报告为“鳞状细胞增生”。

检查 全身一般情况差，消瘦。口腔颌面部检查：左上颌|467松动Ⅱ度，|5缺失，牙槽窝未愈合，相应颊、腭侧黏膜肿胀，并有糜烂，有自觉疼痛感。口腔卫生差。X射线片显示上颌窦内浑浊，骨质破坏。

实验室检查 无异常。

1.诊断 上颌窦癌（牙槽突部）。

2.诊断依据

(1)左上颌后牙松动，对应颊沟肿胀3个月。

(2)松动牙齿，肿胀颊沟疼痛，经抗炎治疗无效。

(3)拔除松动的|5，根尖组织病理检查报告为“鳞状细胞增生”。

(4)拔除|5后的拔牙创口未愈合。

(5)X射线摄片显示上颌窦内浑浊，骨质有破坏。

3.鉴别诊断

(1)牙龈癌 肿胀区一开始即出现溃疡，常波及整个肿瘤生长区，牙齿松动脱落出现较晚。牙龈癌X射线摄片检查上颌窦内无明显改变，窦底无骨质破坏。牙龈癌较上颌窦癌更易被早期发现。

(2)牙周炎，根尖周炎 临床检查多表现为牙齿松动、疼痛，经局部治疗和抗炎处理后有好转或治愈，X射线片可表现为牙齿周围牙槽骨水平或垂直型吸收。

(3)慢性上颌窦炎 ①早期的上颌窦癌与慢性上颌窦炎X射线片表现相似，都显示密度增高的浑浊影像，但慢性上颌窦炎因窦壁黏膜增厚、窦壁发生不规则硬化，X射线片下见窦壁密度增高，而上颌窦癌显示窦壁白线模糊或中断。②慢性上颌窦炎经冲洗上颌窦、抗炎治疗后，症状会有明显改善。

4.进一步检查

(1)X射线颅底位、华氏位片。

(2)CT检查进一步确定病变范围及破坏情况。

(3)取未愈合拔牙创处组织作病理检查。

(4)上颌窦探查活检，如冰冻切片可确定诊断，有时可与手术一次完成。

5.治疗 上颌窦癌的治疗以手术为主，并常结合放射疗法和区域性化学治疗。

(1)放射治疗 对已确定为上颌窦癌的病案应行术前放射治疗，放射治疗结束后3~4周再行手术治疗。对于与上颌窦检查同期手术者，应行术后放射治疗。

(2)手术治疗 原则上主张行上颌骨全切除术。

(3)化学治疗 采用动脉插管行区域性化学治疗的方法，药物可选用MTX（甲氨蝶呤）、PYM（平阳霉素）、5-Fu（5-氟尿嘧啶）持续灌注。

早期诊断和早期治疗是提高上颌窦癌治愈率的关键。

【病案232】

患者，女，59岁，农民。

主诉　右眶下区肿胀半年。

现病史　半年前右眶下区、鼻翼外侧、颧部肿胀，抗炎治疗 10 d 无效。肿胀逐渐加重，右眼裂缩小，右鼻孔堵塞症状相继出现。

检查　全身一般情况差，消瘦，营养不良。口腔颌面部检查：左右颜面不对称，右侧面部自眶下、内从鼻梁、外到颧骨处明显肿胀，右眼裂缩小，视力正常，无复视。肿胀处质地硬，压痛。患者张口无受限，口腔卫生差，呈无牙殆，镶有全口义齿未戴。舌体运动灵活。颌下未触及肿大淋巴结。

辅助检查　实验室检查血、尿常规无异常。心电图报告右束支传导阻滞。X 射线片示上颌窦浑浊。CT 检查示上颌窦上部被肿物充满，眶下壁破坏，颧骨被侵及。上颌窦前面颊部组织被波及。穿刺细胞学检查为上颌窦鳞状细胞癌。

1.诊断　右上颌窦鳞状细胞癌。

2.诊断依据

(1)右眶下区、鼻翼外侧、颧部肿胀半年，抗炎治疗无效。

(2)右眼裂缩小，右鼻孔有堵塞症状。

(3)X 射线、CT 表现。

(4)穿刺细胞学检查。

3.鉴别诊断　慢性上颌窦炎：早期的上颌窦癌与慢性上颌窦炎 X 射线表现相似，但上颌窦癌显示窦内异物并有骨质破坏；慢性炎症经抗炎处理、局部冲洗上颌窦等治疗有效。

4.治疗　上颌窦癌的治疗应以手术为主。手术后常规放射治疗，必要时可行动脉插管区域化学治疗。

【病案 233】

患者，女，32 岁，农民。

主诉　左面部肿大 1 年，咬合错乱 8 d。

现病史　1 年前左面部肿大，拍片显示左下颌骨膨大，边缘不清，与正常骨混杂，质地硬。以后膨大逐渐加重，肿物已到黏膜下，并波及┌56，松度Ⅱ度。8 d 前，突然感到不能正常咬合并影响进食和语言而就诊。

检查　全身一般情况尚可。口腔颌面部检查：两侧面部明显不对称，左右部肿大，张口Ⅱ度受限，肿胀区部分质地较软，部分呈乒乓球样感，┌56 牙齿松动Ⅱ度，上下颌牙齿不能正常咬合。颌下未触及肿大的淋巴结。

辅助检查　实验室检查血、尿常规未见异常。X 射线拍片(1 年前)示左下颌骨膨大，边界不清，与正常骨混杂。X 射线拍片(3 d 前)示骨质呈溶骨性破坏，┌6 与┌7 之间骨折，并有咬合错乱。组织病理检查为骨巨细胞瘤(分化Ⅱ级)。

1.诊断　左下颌骨巨细胞瘤。

2.诊断依据

(1)左面部肿大 1 年，咬合错乱 8 d。

(2)1 年前及 2 d 前 X 射线片。

(3)肿胀区部分质地软，部分呈乒乓球感，并且不能正常咬合。

(4)病理报告。

3.鉴别诊断

(1)骨巨细胞肉芽肿　发病年龄多在10到25岁之间，常发生于颌骨前部，肿物使骨质膨胀变薄，但不穿破骨质。X射线片示周界清楚。

(2)甲状旁腺功能亢进性“棕色瘤”　发病年龄亦多在25岁以下，临床上主要有骨病变、泌尿系病变以及全身高血钙症状。血液生化检查可见血钙升高、碱性磷酸酶升高、血磷降低、尿磷升高，并常可发现甲状旁腺肿瘤。

4.进一步检查　血液生化学检查。

5.治疗　骨巨细胞瘤根据细胞数目和分化程度分为三级：Ⅰ级(良性)、Ⅱ级(临界瘤)、Ⅲ级(恶性)，治疗上均采用手术治疗。Ⅰ级可彻底刮除瘤床并烧灼，Ⅱ级应做颌骨切除术，Ⅲ级应按恶性肿瘤治疗原则处理。

第四节　涎腺疾病

【病案234】

患者，女，42岁，农民。

主诉　左颌下肿物3年，左舌下肿痛半年。

现病史　3年前，无明显诱因患者左颌下出现肿胀、疼痛，在当地卫生所就诊，口服、肌内注射抗生素(具体药物、剂量不详)疗效不佳，且反复发作，尤其是进食时肿胀、疼痛明显。半年前出现左侧舌下肿痛、发硬，现来我院就诊。患者起病以来，精神可，睡眠一般；饮食受影响，大小便正常。

检查　双侧颌面部对称，腮腺区无肿胀，无压痛。口腔卫生差，牙结石Ⅰ～Ⅱ度，恒牙列无缺失。左舌下区扪及直径约3 mm的圆形硬物，压痛，左侧舌下肉阜充血、稍肿胀。左颌下腺肿胀，质硬韧，有压痛，可活动。左颌下淋巴结不肿大。

X射线检查　左颌下腺导管结石。

1.诊断

(1)左颌下腺导管结石。

(2)左颌下腺慢性炎症。

2.诊断依据

(1)左侧颌下区反复肿胀疼痛3年，且进食时肿痛明显；左舌下肿痛半年。

(2)左侧舌下区扪及3 cm直径的硬物，压痛，稍活动，左颌下腺肿大，质硬韧、压痛。

(3)X射线检查示左颌下腺导管结石。

3.鉴别诊断

(1)舌下腺肿瘤　①90%以上属恶性肿瘤、生长迅速；②常累及舌神经、舌下神经，引起持续的舌痛、舌麻木及舌体运动障碍；③X射线无阳性涎石，无腺体阻塞症状。

(2)颌下腺肿瘤　①进行性增长，无消失史；②恶性肿块可累及周围神经；③无进食时肿胀及排出涎石史。

(3)颌下淋巴结炎　①虽反复肿大，但与进食无关；②颌下腺分泌功能正常；③颌下淋巴结位置表浅，有触痛。

(4)颌下间隙感染　①有牙痛史及病灶牙；②颌下区肿胀呈硬性浸润；③皮肤潮红可出现凹陷性水肿；④颌下腺分泌可能减少，但唾液正常，无涎石阻塞症状。

4.治疗

(1)首先去除涎石阻塞，可用保守法，如催唾及按摩腺体促排，亦可采用手术摘除。

(2)采用保守疗法，如中草药外敷、理疗等治疗慢性颌下腺炎。

(3)保守治疗无效时，手术摘除颌下腺。

【病案235】

患者，男，62岁，农民。

主诉　左耳下疼痛、肿胀1周，加重2 d。

现病史　10 d前因"胃穿孔"行"胃大部切除术"，术后靠输液给予营养、电解质补充及抗生素预防感染，饮食、睡眠较差。7 d前自觉左耳下轻微胀痛，进食后加重。次日局部逐渐肿胀，未治疗。2 d前进食时耳下肿胀明显增大并伴有剧痛，放射至左肩及上臂。自发病以来，身体状况差，进少量流食，睡眠少，大便少，小便正常。

既往史　平时体弱多病，易感冒发热。20年前患"胃溃疡"后发展为"胃穿孔"。

检查　体温39.8℃，呼吸26次/min，脉搏116次/min，血压17/12 kPa。病态面容，营养差，神志清，查体合作。眼、耳、鼻及颈部均正常，肺部听诊音清，心脏无杂音。上腹正中可见一长约20 cm竖切口，已愈合。腹软，听诊肠鸣音存在。四肢活动自如。口腔颌面部检查：左耳周较对侧明显肿胀，耳垂抬起，表面皮肤发红、水肿，触之质硬，触压痛明显，肿胀界限不甚明显，同侧眼睑水肿。张口度2 cm，口内卫生差，口臭明显、牙石Ⅲ度、牙龈红肿易出血。左腮腺导管口红肿，轻压腺体可见有白色脓液溢出。

实验室检查　白细胞计数增多，中性白细胞比例明显升高，核左移。

1.诊断　急性化脓性左腮腺炎。

2.诊断依据

(1)左耳垂周疼痛1周，加重2 d。

(2)10 d前行"胃大部切除术"，术后靠输液补充营养及电解质，饮食、睡眠差。1周前自觉左耳周胀痛，2 d前加重。

(3)体质差，易感冒发热。

(4)全身检查：体温升高，呼吸、脉搏加快，出现全身中毒症状。

(5)专科检查：左耳周肿胀，耳垂抬起，表面皮肤红肿，触诊硬、疼痛，张口受限，口腔卫生差，轻压腺体导管口有白色脓液溢出。

(6)实验室检查：白细胞计数增多、中性粒细胞比例上升，核左移。

3.鉴别诊断

(1)流行性腮腺炎　①多发生在5～9岁儿童，有传染接触史。②双侧腮腺可同时或

先后受累。③导管口无红肿，腮腺挤不出脓液 ④血液中白细胞计数不高，分类中淋巴细胞增多 ⑤急性期血液及小便中淀粉酶轻度或中度升高。

(2)腮腺区淋巴结炎 ①肿胀较局限。②导管及导管口正常，涎液分泌正常，无脓液、无涎液分泌障碍

(3)嚼肌间隙感染 ①常为牙源性感染，有智齿冠周炎、牙槽脓肿病史。②位置在嚼肌区，较腮腺炎病变部位稍前一些。③张口受限明显。④腮腺导管及导管口无炎症表现，也无涎液停滞及脓液分泌。

4.治疗

(1)抗菌药物治疗 根据腮腺脓液培养，敏感试验选用抗生素，尽早使用。

(2)保守治疗 针刺、封闭、热敷、理疗及增进涎液分泌等方法控制炎症、止痛。

(3)切开引流 出现手术指征即应切开引流。

【病案236】

患儿，女，7岁。

主诉 双耳垂周围反复肿胀2个月余。

现病史 2个月前晨起时被发现左耳周明显肿胀，轻压稍有不适，立即被送到医院就医，诊断为"流行性腮腺炎"并给予抗炎、抗病毒药物治疗，3 d后肿胀消退。20 d前因局部不适发现右耳垂周围肿大，未曾治疗，次日肿胀消失。4 d前右耳周再次肿胀且较以前加重，自服抗炎药物无效。全身状况良好，无不适。

既往史 体质差，易患"扁桃体炎"、"支气管炎"等上呼吸道感染性疾病。1年前曾患"肺炎"，已治愈。有"流行性腮腺炎"接触史。

检查 全身检查未见异常。口腔颌面部检查：右侧腮腺区域较对侧轻度肿胀，表面皮肤无红肿，触之质中等，无明显触压痛，肿胀界限不甚清晰。张口无受限，口腔卫生好，牙龈无红肿。右腮腺导管口轻度水肿，按压腺体可见有少量胶冻状液体溢出。

实验室检查 未见明显异常。

1.诊断 慢性复发性腮腺炎。

2.诊断依据

(1)双耳垂周围反复肿胀2个月余。

(2)体质差，易患上呼吸道感染性疾病，有流行性腮腺炎接触史。

(3)右腮腺区轻度肿胀，触压痛不明显。

(4)按压腺体可见有少量胶冻状液体溢出。

3.鉴别诊断

(1)流行性腮腺炎 ①常双侧同时发生，伴发热，肿胀更明显；②腮腺导管口分泌正常，无脓液或冻胶状物；③罹患后多终身免疫，无反复肿胀史。

(2)舍格伦综合征 与成人复发性腮腺炎相鉴别：①多见于中年女性，无自动发病史；②常有口干、眼干及全身自身免疫病；③腮腺造影示主导管扩张不整，边缘毛糙，呈葱皮样或花边样改变；④组织病理主要表现腺小叶内淋巴细胞浸润，部分或全部腺泡组织破坏，但腺小叶轮廓存在。

4.进一步检查 腮腺造影显示导管及腺内导管未见异常,末梢导管呈点状、球状扩张。双侧腮腺摄取正常,排空延缓。

5.治疗

(1)具有自愈性,以增强抵抗力、防止继发感染、减少发作为治疗原则

(2)多饮水,按摩腺体,淡盐水漱口,保持口腔卫生

(3)适量应用抗生素

【病案 237】

患儿,男,9岁,学生。

主诉 双耳下肿痛伴发热 5 d。

现病史 5 d前玩耍后自感左耳下疼痛,后发现局部肿胀,伴头痛、疲劳、厌食,体温38.2℃,立即到当地医务室诊治。诊断为"腮腺炎"并给予"青霉素"针剂静脉滴注,体温未退,于次日升至39℃,肿胀更加明显,张口咀嚼、进食时胀痛加重。2 d前右耳下亦出现肿胀,局部发红、水肿。发病以来,精神差,饮食少,睡眠、大小便正常。

既往史 近期该生所在学校曾有多人出现类似症状。

检查 全身检查营养良好,发育正常,精神差,神志清楚,面色潮红,查体合作。口腔专科检查:左腮腺区域明显肿大,表面皮肤紧张,色亮、淡红、肿胀,以耳垂为中心,向前、后、下肿大,质韧,边界不清,轻度触痛。右腮腺肿胀稍轻于左侧。无张口受限,口腔卫生好,双侧腮腺导管口无红肿,挤压腺体导管口有清亮液体溢出。

实验室检查 白细胞计数轻度增高,分类淋巴细胞比例上升。血清及尿淀粉酶增高,余正常

1.诊断 流行性腮腺炎。

2.诊断依据

(1)发病年龄为9岁

(2)双耳下肿胀伴发热 5 d。

(3)近期有流行性腮腺炎接触史。

(4)双侧腮腺肿大,边界不清,挤压腺体导管口有清亮液体溢出。

(5)白细胞计数轻度增高,分类淋巴细胞比例上升,血清及尿淀粉酶增高。

3.鉴别诊断

(1)急性化脓性腮腺炎 ①发病年龄大,无季节性;②常见于腹部大手术病人及机体抵抗力低、口腔卫生差的病人;③局部发红、水肿、质硬、压痛明显,按压腺体导管口有脓液溢出;④白细胞计数增高明显,分类中性粒细胞比例上升,核左移。

(2)腮腺淋巴结炎 ①口腔内或面部存在感染病灶;②病情轻,仅局限于腮腺某一部位,不会引起腮腺弥散性肿大。

(3)过敏性腮腺炎 ①常有其他过敏史;②肿大突然,消退快速;③肿大的腺体触之松软、无痛;④血象检查嗜酸性粒细胞增多

4.治疗

(1)卧床休息,直到腮腺肿胀完全消退。

(2)抗炎、抗病毒治疗。

(3)注意口腔卫生,饮食营养,保证水、电解质平衡。

(4)对症、支持治疗。

【病案238】

患者,男,10岁,学生。

主诉 右耳前肿块半年余。

现病史 半年前因感冒、发热、咽喉部疼痛就诊于某医院,诊断为"急性化脓性扁桃体炎"并给予"先锋霉素V"针、"双黄连"静脉滴注,1周后治愈但自觉右耳前一花生米大小肿块,活动,无疼痛,未曾治疗。近期肿块逐渐增大如枣状,1个月前曾到某卫生所求治,无明确诊断,给予"青霉素V钾片"口服,肿块渐小但仍存在。以后停药,肿块又逐渐增大,今求治。全身未见明显不适。

既往史 平时体质较差,易患"上呼吸道感染"、"扁桃体炎"。6年前曾患"肺炎",已治愈。

检查 全身检查未见异常。口腔颌面部检查:右颧弓下、耳屏前2 cm处可见一直径约2.5 cm大小肿块,向外膨出生长,表面皮肤无红肿,触诊质中等硬度,界限清晰,轻微活动,无压痛。口内右腮腺导管口无红肿,挤压腺体可见有清亮液体自导管口溢出。

实验室检查 白细胞计数轻度增多,余正常。

1.诊断 右腮腺区淋巴结炎。

2.诊断依据

(1)右耳前肿块半年余。

(2)有"急性化脓性扁桃体炎"罹患史,而后出现右耳前肿块。

(3)抗菌消炎治疗奏效,但反复肿胀

(4)肿块位于耳前区,界限清,质中等硬度,轻微活动,无压痛。腮腺分泌无异常。

3.鉴别诊断

(1)腮腺区淋巴结核 ①肿块呈渐进性增大,常为多个肿块;②结核菌素试验(+);③抗结核治疗可使肿块缩小;④少数伴有全身其他系统结核或结核病史;⑤细针吸细胞学检查有助于诊断。

(2)腮腺多形性腺瘤 ①多位于腮腺后下极;②生长缓慢、无感染史,抗生素治疗无效;③腮腺造影可见主导管、分支导管移位,呈手掌抱球状。

(3)急性化脓性腮腺炎 ①常见于腹部外科手术后或体弱多病、长期卧床、高热、禁食病人;②肿胀以耳垂为中心,局部皮肤红热显著,呈硬性浸润,触痛明显;③腮腺导管口红肿,挤压腺体有脓液溢出;④全身中毒症状重,有高热,脉率、呼吸加快;⑤白细胞计数增加明显,中性粒细胞比例显著上升,核左移。

4.进一步检查

(1)腮腺造影。

(2)穿刺活检。

5.治疗 手术摘除肿大淋巴结。

【病案 239】

患者,男,36 岁,干部。

主诉 右舌下肿物 3 个月。

现病史 3 个月前饮酒后感觉右舌下肿胀,自我检查右口底一花生米大小肿块,无疼痛,稍有不适。有时进食后或晨起时明显增大,稍休息后又减小。曾多次自行刺破,有少量清亮黏液溢出,但几日后又重复出现,经抗菌消炎治疗无效。全身无明显不适。

检查 全身状况良好,无异常。口腔专科检查:右舌下皱襞轻微肿胀,表面可见一淡紫蓝色肿块凸出,呈半球状,直径约 1.5 cm。扪诊质软,有波动感,界限清晰,无明显触压痛。周围黏膜轻度红肿。穿刺抽出黏液性黏稠液体,似蛋清样。双颌下腺导管口无红肿,挤压有清亮液体溢出。

实验室检查 各项检查均在正常范围之内。

1.诊断 舌下腺囊肿口内型。

2.诊断依据

(1)右舌下肿物 3 个月。

(2)3 个月前发现右口底一花生米大小肿物,无疼痛,稍有不适,多次刺破后有清亮黏液溢出,但几日后又复出现。

(3)检查见右口底一淡紫蓝色肿块,扪诊质软,有波动感,界限清晰,周围黏膜轻度红肿。

(4)穿刺抽出黏液性黏稠液体,似蛋清样。

3.鉴别诊断

(1)黏液腺囊肿 ①多发生于下唇及舌尖表面,口底、颊、腭黏膜较少发生。②体积较小,位置表浅,表面仅覆盖一层很薄的黏膜。③多次反复发生可表现为白色瘢痕状突起,囊肿透明度降低。

(2)口底皮样囊肿 ①多见于儿童及青年;②常位于口底正中,位置较深;③生长缓慢,呈圆形,与周围组织、皮肤、黏膜均无粘连;④触诊坚韧而有弹性,似面团样;⑤穿刺物为乳白色豆渣样分泌物。

4.治疗

(1)手术治疗,采用根治方法切除整个舌下腺及邻近腺体囊壁。

(2)抗菌消炎,预防感染。

【病案 240】

患者,男,28 岁,教师。

主诉 左颌下包块 3 个月,伴局部疼痛 2 周

现病史 3 个月前吹笛时被发现左颌下一包块,约枣样大小,按压轻微不适,鼓气时明显。2 周前再次吹笛时自感包块明显增大,并伴有疼痛。到某医院诊治,诊断为"颌下腺炎",给予抗菌消炎治疗,无效。全身状况良好

既往史 1 年前因局部不适发现左口底表面一花生米大小淡紫色"小泡",未经治疗,

后自行消失。

检查 全身检查未见异常。口腔颌面部检查：左下颌下缘下有一肿物，位于颌下三角前端，大小约 2.5 cm×2 cm×2 cm，表面皮肤色正常，无红肿，触之质软，表面光滑，有波动感，界限清晰，有轻微压痛。口内检查：舌活动自如，口底黏膜无红肿，伸舌可见包块明显增大。穿刺抽出黏液性黏稠液体。

实验室检查 白细胞计数偏高，余正常。

1.诊断 左舌下腺囊肿（颌下型）。

2.诊断依据

(1)左颌下包块3个月伴局部疼痛2周。

(2)3个月前吹笛时发现左颌下包块，枣样大小，鼓气时明显。2周前自感包块明显增大，并伴有疼痛，抗菌、消炎治疗无效。

(3)1年前曾发现左口底花生米大小淡紫色"小泡"，未经治疗自行消失。

(4)检查见左下颌下缘下一肿物，位于颌下三角前端，大小约 2.5 cm×2 cm×2 cm，质软，有波动感，伸舌时包块明显增大，穿刺物为黏液性黏稠液体。

3.鉴别诊断

(1)颌下腺囊肿 ①发生于颌下腺小导管阻塞，很少见；②无口底囊肿病史；③手指上推颌下区囊肿，口底无囊肿表现；④囊液穿刺物较稠。

(2)口底皮样囊肿 ①位于口底正中，表面黏膜及囊壁厚，颜色与口底黏膜相似；②触诊时囊肿坚韧而有弹性，似面团样；③穿刺检查可抽出乳白色豆渣样分泌物。

(3)鳃裂囊肿 ①位置一般比延伸至颌下区的舌下腺囊肿稍后一些；②发生上呼吸道感染后可骤然增大，并伴有疼痛、不适；③穿刺物稀薄，可为黄色或棕色的、清亮的、含或不含胆固醇的液体。

(4)囊状水瘤 ①主要发生于颈部锁骨之上，亦可发生于颌下及上颈部。②穿刺物为透明、淡黄色水样液体。③呈充盈状态，柔软，有波动感，上推瘤体时口底无肿物出现，舌活动瘤体大小无变化。

(5)甲状舌管囊肿 位于舌骨上时不易与舌下腺囊肿鉴别，其区别在于：①甲状舌管囊肿向上推压时口底无肿物；②穿刺液不含淀粉酶，而舌下腺囊肿液内含此酶。

4.治疗

(1)手术治疗，以根治方法摘除舌下腺体及囊肿。

(2)应用抗生素以预防感染。

【病案241】

患者，男，42岁，农民

主诉 左颊部瘘口伴流涎半年。

现病史 半年前因他人刀砍致左面部外伤，流血不止，立即被送到某卫生所抢救，经清创缝合、抗菌消炎治疗后创口基本愈合，但遗留左面颊部一瘘口，流涎不止。每当进食时流量增多，易沾湿衣服，痛苦不堪。全身无明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：左面颊部自耳屏前至下颌骨下缘处可见

一长约12 cm瘢痕，呈线性。瘢痕中上1/3处可见一点状瘘口，周围可见瘢痕组织较多，局部轻微红肿，下缘处表现皮肤溃烂，挤压耳垂周围有少量涎液自瘘口溢出。左腮腺导管口无红肿，挤压腺体有少量涎液自导管口溢出。

实验室检查　白细胞计数轻度增高，涎液生化分析含淀粉酶，余正常。

1.诊断　左涎腺瘘

2.诊断依据

(1)左颊部瘘口伴流涎半年。

(2)有左面颊部外伤及清创缝合史，拆线后局部遗留一瘘口，长期流涎，进食后流涎量大量增多。

(3)检查见瘘口位于瘢痕中上1/3处，呈点状，瘘周有瘢痕形成，局部溃烂、发红。

(4)涎液生化分析含淀粉酶。

3.治疗

(1)腺体瘘　分泌涎液量少，用电凝固器或硝酸银烧灼瘘口及瘘道，破坏上皮，压迫包扎，同时用药物限制涎液分泌，促进痊愈。如失败应行瘘道封闭术。

(2)导管瘘　行导管端端吻合术、导管改道或再造术。

【病案242】

患者，女，49岁，教师。

主诉　口干1年，舌部肿痛1月余。

现病史　1年前自感唾液少，口腔发黏，咽喉部灼热疼痛，吞咽时加重。曾到某医院就医，诊断为"慢性咽炎"并给予抗生素口服，咽喉部疼痛稍减轻，但口内仍干燥，干性食物不易咽下，进食时需饮水，晨起时口内有臭味。1个月前舌部疼痛，说话久时舌运动不灵活，自我检查见舌背鲜红、有裂纹，今求治。

既往史　10年前患"萎缩性胃炎"，未愈。3年前患"干眼症"、"类风湿性关节炎"均未愈。

检查　发育正常，营养不良，慢性病容，神志清楚。皮肤黏膜干燥，偶有皮疹，无出血点、黄染及蜘蛛痣。全身浅表淋巴结均未触及。眼部双眼裂缩小，内眦部有黏液状胶样分泌物，眼睑水肿，睑结膜轻度充血，压迫泪囊区未见明显泪液分泌，角膜轻度浑浊，畏光，视力差。耳未见异常。鼻部黏膜干燥，表面结痂，触之易出血。颈软，甲状腺无肿大，颈静脉无怒张。胸心部无异常，腹软，无压痛。脊柱四肢无畸形，关节活动自如，神经反射正常。口腔专科检查：面部对称，双侧腮腺区明显肿大，呈弥漫性，边界不明显，表面皮肤无红肿、无压痛，与周围组织无粘连。触诊质地坚实，表面光滑，有结节感。唇红干燥、表面结痂。张口无受限，口内舌及颊黏膜发红，舌表面有裂纹，纹沟内有少量食物残渣，舌背丝状乳头萎缩，舌光滑鲜红呈"镜面状"。牙列式 $\frac{74321|12356}{53211|1345}$，$\frac{865|478}{8764|2678}$ 缺失，$\frac{716}{515}$ 殆面龋，已充填，$\frac{1|1}{1|1}$ Ⅲ度松动。牙龈红肿，易出血。下前牙舌面牙石堆积，有口臭。口底唾液池消失，唾液黏稠、量少，双侧颌下腺挤压导管口有少量唾液分泌。腮腺导管口轻度红肿，挤压腺体未见清亮液体溢出。

实验室检查　白细胞计数减少，嗜酸性粒细胞增多，血小板减少，低血红蛋白。红细胞沉降率加快，血浆γ球蛋白增高，白蛋白、球蛋白比例倒置。血清中IgG明显增高，IgM、IgA轻度增高。

1.诊断　舍格伦综合征(Sjögren syndrome)。

2.诊断依据

(1)口干1年，舌部肿痛1个月余。

(2)1年前自感唾液少，口腔发黏，咽喉部疼痛，食物难以下咽，出现口干症状，抗生素治疗无效。

(3)既往曾患“萎缩性胃炎”、“眼干”、“类风湿性关节炎”。

(4)全身检查见皮肤、眼、鼻部干燥。眼部泪囊分泌减少。

(5)口腔内舌乳头萎缩，镜面舌，唾液分泌减少，猛性龋形成，腮腺双侧弥漫性肿大。

(6)实验室检查发现贫血、红细胞沉降率加快、血清自身抗体增高。

3.鉴别诊断

(1)涎腺肿瘤　①肿块明显、局限，界限明确；②无口干、眼干症状；③涎腺造影未见末梢导管扩张及排空功能迟缓，可见有手掌抱球状或碘油泄漏或导管破坏表现。

(2)腮腺良性肥大　①常为双侧弥漫性肿胀，界限不明确，扪诊有韧实感，但无眼干、口干症状；②腮腺造影检查可有排空功能稍迟缓，但无明显末梢导管扩张；③实验室检查无贫血及血清学变化。

(3)成人复发性腮腺炎　①腺体反复肿胀，挤压腺体导管口可流出浑浊雪花样黏稠脓性分泌物；②有自儿童发病史，无眼干、口干症状；③实验室检查包括免疫学检查多无异常。

4.进一步检查

(1)Schirmer试验及玫瑰红染色试验。

(2)唾液量测定。

(3)腮腺造影。

(4)唇腺活检。

(5)核素扫描。

5.治疗　目前无根治疗法，以对症治疗为主。

(1)滴眼药缓解眼干，用0.5%甲基纤维素滴眼。

(2)用液体温润口腔缓解口腔干燥。

(3)积极治疗龋病。

(4)中医治疗以养阴生津、清热润燥为治则。

【病案243】

患者，男，35岁，农民。

主诉　左耳下无痛性包块8年。

现病史　8年前患者无意中发现左耳下一蚕豆大小包块，无疼痛，位置深在，曾到当地卫生所就医，诊断为“淋巴结炎”并给予“青霉素”针剂静脉滴注，每次840万U，每日1

次共1周。包块无变化，未再治疗。3年前发现包块比以前增大，无肿痛，今渐增大如杏大小。自发病以来全身状况良好。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：左耳下腮腺区明显较对侧肿大，表面皮肤色正常，无发红、水肿，触之可扪及一直径约4.5 cm大小的包块。位置较深，表面呈结节状，光滑，界限清楚，轻微活动，与周围组织无粘连。质中等硬度，无触压痛。左腮腺导管口无红肿，挤压腺体有清亮涎液自导管口溢出。面部无畸形。口角无偏斜，眼睑无闭合障碍。张口无受限，口腔内无异常。

实验室检查　未见异常。

1.诊断　左腮腺混合瘤(多形性腺瘤)。

2.诊断依据

(1)生长缓慢，左耳下无痛性包块8年。

(2)初期发现包块如蚕豆大小，抗菌消炎治疗无效，包块渐大，今如杏样大小。

(3)左腮腺区检查见一直径约4.5 cm大小包块，表面皮肤无红肿，包块位置深在，呈结节状，界限清，稍活动，质中等硬度，无触压痛，导管口无红肿，面神经功能正常。

3.鉴别诊断

(1)腮腺慢性淋巴结炎　①自诉有口腔颌面部、咽部或耳道炎症病史；②多为一个以上，有时大时小的可能，部分有急性发作史；③抗炎治疗肿块会缩小。

(2)腮腺淋巴结核　①可有结核病史；②常不是孤立肿块，颌下区甚至颈部淋巴结均可能肿大；③结核菌素试验可能为阳性；④抗结核治疗可见肿块缩小；⑤干酪样变后穿刺见干酪样物质。

(3)腮腺囊肿　较少见。①质地较软，均匀一致，有时有波动感；②穿刺为无色透明液体；③实验室检查可查出淀粉酶。

(4)第一颈椎横突肥大　①在乳突尖至下颌角的中点深面可被扪及，为一硬性肿块；②位置较深，硬而不活动；③拍摄张口下颌后前位X线片可清楚显示过长横突

(5)腮腺恶性肿瘤　①病程较短，常有近期生长加速、侵犯面神经特点；②腮腺造影可见导管破坏受损、碘油外溢。

4.进一步检查

(1)穿刺物病理检查。

(2)CT或MRI检查有助于了解肿块性质、界限、范围、大小及鉴别。

(3)腮腺造影。

5.治疗　手术切除，目前多主张行腮腺混合瘤(多形渗出性腺瘤)及浅叶或腮腺全切除术。

【病案244】

患者，男，69岁，干部。

主诉　右耳下包块3个月。

现病史　3个月前脱衣时发现右耳下一枣样大小包块，无疼痛，稍有不适。曾行抗炎治疗，无效。全身无明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：右耳下、下颌角后方有一肿块，直径约2.5 cm，表面皮肤正常，无发红、水肿，肿物向外膨出，扪之质软，周界清楚，呈圆形，表面光滑，活动，与周围无粘连。距表面皮肤近，无触压痛。穿刺可见少量棕褐色黏稠液体。

实验室检查 未见明显异常。

1. 诊断 右腮腺腺淋巴瘤。

2. 诊断依据

(1)患者为男性，年龄较大。

(2)瘤体位于腮腺下极，位置表浅。检查见肿块界清、质软、光滑、活动。

(3)穿刺可抽出少量棕褐色黏稠液体，符合腺淋巴瘤形成囊腔时特点。

(4)抗炎治疗无效。

3. 鉴别诊断

(1)腮腺淋巴结炎 ①多发生于耳前区，发生于腮腺下极的淋巴结炎不多见；②病程长时局部可发生纤维粘连，故质地较腺淋巴瘤硬且不活动；③询问病史，多自诉发病前面部或耳周存在感染灶。

(2)腮腺区其他肿瘤 可借助放射性核素^{99m}Tc扫描进行鉴别。腮腺区肿瘤类型较多，但对^{99m}Tc扫描一般无亲和力，腺淋巴瘤对^{99m}Tc有亲和力，扫描检查可见核素局部浓聚。

4. 进一步检查

(1)涎腺造影。

(2)放射性核素^{99m}Tc扫描。

5. 治疗 手术摘除肿瘤，如确定为多灶性病变，应行腮腺浅叶切除术。

【病案245】

患者，女，47岁，工人。

主诉 左耳下包块伴阵发性疼痛3个月，左口角偏斜半月余。

现病史 3个月前因局部针刺样疼痛发现左耳下一枣样大小包块，局部按压半小时后疼痛缓解。以后每日晨起或晚饭后常出现疼痛，有时为钝痛，能忍受，有时如针刺样。2个月前曾到某医院求治，诊断为"三叉神经痛"并给予"卡马西平"、"野木瓜"口服，疼痛稍有减轻。半个月前晨起洗脸时发现左口角偏斜，不能鼓气。全身无明显不适。

检查 全身状况良好，心肺未见异常。口腔专科检查：左耳下、下颌升支后缘处可见一向外膨出肿物，耳垂抬起，大小约3.0 cm×3.0 cm×2.5 cm，表面皮肤无红肿。肿块质中等硬度，界限不甚清晰，位置深在，无明显活动度，有轻微触压痛但无扳机点。表面呈结节状。面部左眼睑闭合时部分巩膜外露。口角歪斜，左口角下降，鼓腮时左口角闭合不全。双侧颌下及颈部未触及明显肿大淋巴结。

实验室检查未见明显异常。

1. 诊断 左腮腺腺样囊性癌

2. 诊断依据

(1)主诉左耳下包块伴阵发性疼痛3个月，左口角偏斜半月余。

(2)3个月前因局部针刺样疼痛发现左耳下包块，曾按"三叉神经痛"治疗，疼痛稍改善，但半月前出现面瘫症状。

(3)检查见包块质中等硬度，界限不甚清楚，固定。眼睑闭合不全，口角歪斜。

3. 鉴别诊断

(1)腮腺混合瘤 ①无痛性肿块，生长缓慢。②周围边界清楚，活动，与深部及浅表组织无粘连，可有囊性变。③无面瘫症状。④腮腺造影呈手掌抱球状，为良性肿瘤特征。

(2)其他腮腺恶性肿瘤 ①很少出现早期疼痛及侵犯面神经症状。②最终靠组织病理学检查相区别。

4. 进一步检查

(1)腮腺造影。

(2)CT或MRI检查。

(3)局部活体组织穿刺。

5. 治疗 局部广泛切除，不主张行选择性颈清扫术。

【病案246】

患者，女，57岁，农民。

主诉 左颌下肿块40年，渐进性增大3年伴舌体麻木半年。

现病史 40年前患者无意中发现左颌下一花生米大小肿块，无疼痛及不适，未曾治疗。3年前自觉肿块逐渐增大，初如枣状，1年前即长成"鸡蛋"大小。曾在某医院求治，诊断为"慢性颌下腺炎"并给予抗生素口服，无效。半年前自觉舌体麻木，咀嚼无味，有时易咬舌部无疼痛，偶有舌痛，故求治。全身未见明显不适。

检查 全身检查，未见异常。口腔颌面部检查：左颌下可见一肿块，向外膨出，大小约3.5 cm×3 cm×3 cm，质中等硬度，表面呈结节状，皮肤完好，无溃疡、糜烂。界限不甚清楚，双合诊肿块活动度差，有轻微触压痛，深面向后、上、内方向伸入左舌根部。张口无受限，左颌下腺导管无肿胀、结石，导管口无红肿，挤压腺体有少量清亮唾液溢出。舌活动自如，伸舌无偏斜，左半侧舌体痛觉消失，有麻木感。双侧颈部及右颌下区未触及肿大淋巴结。

实验室检查 未见明显异常。

1. 诊断 左颌下腺多形性腺瘤恶变

2. 诊断依据

(1)左颌下肿块40年，渐进性增大3年伴舌体麻木半年。

(2)颌下肿块生长缓慢，近期渐进性增大，半年前出现左半舌体麻木，提示舌神经受侵。

(3)检查见左颌下肿块，膨出性生长，大小约3.5 cm×3 cm×3 cm，质中等硬度，界不甚清楚。导管无红肿，似存在腺体分泌功能，左舌体麻木，痛觉消失。

3. 鉴别诊断

(1)慢性颌下腺炎所致腺体纤维化 ①有进食后颌下反复肿大、疼痛病史；②曾有排出涎石史或检查有导管结石；③界限清楚，有活动度，导管口红肿或分泌功能丧失。

(2)其他涎腺恶性肿瘤　①病史相对较短;②腺样囊性癌易早期伴有自发痛或触痛并侵及舌神经或舌下神经,引起相应症状;③黏液表皮样癌界限一般较清楚,为实质性或囊性,可自发破溃,流出浅褐色、黏稠液体;④最终诊断靠组织病理检查确诊。

4.进一步检查

(1)颌下腺造影。

(2)CT或MRI检查。

(3)针刺组织活检。

5.治疗　以手术治疗为主的综合治疗。

(1)颌下三角清扫术,根据下颌骨浸润情况保留下颌骨或行下颌骨切除术或方块切除术。

(2)根据颈部淋巴结累及情况行颈淋巴清扫术。

(3)手术放射治疗促进治愈。

【病案247】

患者,男,47岁,农民。

主诉　上腭部肿块1年半。

现病史　1年半前因吞咽不适发现上腭部一花生米大小肿块,无疼痛,未曾治疗。今体检时被发现并要求治疗。全身无明显不适。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:口腔内7| 腭侧1.5 cm处可见一肿块,大小约2 cm×1.5 cm×1 cm,表面黏膜完好,无溃疡、糜烂,色浅红,质中等硬度,无活动,无触压痛及囊性感,边界清。牙齿无缺失,相邻牙齿无龋洞、松动,牙龈无红肿。

实验室检查　均在正常范围之内。

1.诊断　腭部混合瘤。

2.诊断依据

(1)上腭部肿块1年半。

(2)1年半前因吞咽不适发现上腭部一花生米大小肿块,生长缓慢,无疼痛,体检时被再次发现并求治

(3)检查见肿块位于硬腭后缘的右侧,质中等硬度,界限清,无活动及触压痛,表面黏膜完好,牙齿无缺失,相邻牙齿无龋洞、松动。

3.鉴别诊断

(1)腭部腺源性恶性肿瘤　①生长速度较快;②对骨质侵蚀性破坏,累及牙时牙痛、牙松动;③侵及腭大神经引起上腭部麻木、疼痛,进一步侵及眶下神经可致眶下区及上唇麻木;④体积大可引起张闭口困难、进食障碍。

(2)上颌窦恶性肿瘤　①早期症状有牙痛、牙松动、拔牙后创口不愈、牙槽突和硬腭部肿块;②晚期可见新生物从牙槽窝突出,出现鼻部症状与面部畸形;③X射线主要表现为密度增高性影像,伴有骨质破坏与吸收。

(3)坏死性涎腺组织化生　①非肿瘤性,并有自愈倾向,一般4~6周自行愈合;②临床表现早期为局部组织膨隆充血,继而发生溃疡,一般直径在2 cm左右,不再增大;③溃

殇中心坏死，边缘充血，无骨质破坏征象

4.进一步检查　X射线检查常规投照上颌骨正、侧位断层片

5.治疗　手术切除，肿瘤连同骨膜一并切除

【病案248】

患者，男，54岁，干部。

主诉　双耳下肿大4年余。

现病史　4年前无意中发现双侧耳下部较他人肿大，无疼痛，转颈时稍有不适，未曾在意。1年前穿衣时发现两侧肿大不对称，左侧较右侧明显，未发现明显肿块。几周后肿大有所减小，曾在某医院以"慢性腮腺炎"为诊断给予抗炎治疗，无明显变化。全身未见明显不适。

检查　全身检查无异常。口腔专科检查：双侧腮腺区较正常人明显肿大，呈弥散性，未见明显包块。表面皮肤正常，无红肿。双侧肿大呈对称性，耳垂抬起，质柔韧，无明显界限，无触压痛。口内导管口无红肿，挤压腺体有清亮液体分泌。

1.诊断　双侧腮腺良性肥大。

2.诊断依据

(1)双耳下肿大4年余。

(2)4年前发现双耳下肿大，无疼痛。1年前发现双侧肿大不对称，几周后肿大侧又减小，具有肿胀反复发作而无痛病史。

(3)抗炎治疗肿胀无改善。

(4)检查见肿大呈弥散性，无红肿及触压痛，导管口无红肿，分泌涎液仍清亮。

3.鉴别诊断

(1)慢性复发性腮腺炎　①儿童发病率较高，成人多有自幼发病史；②有流行性腮腺炎或其他病毒感染接触或发现病史；③导管口有脓性或胶冻状分泌物；④腮腺造影示主导管及腺内导管无异常，末梢导管呈点状、球状扩张，排空迟缓。

(2)艾滋病病毒相关性腮腺肿大　①以儿童为最常见，也可见于成年人；②常合并颌下腺肿大，多为双侧性弥漫性肿大，质地柔软，可有颈淋巴结肿大；③可伴有口干、眼干、关节痛；④血液检查HIV抗体(+)阳性。

(3)舍格伦综合征　①可伴有口干、眼干症状，腮腺分泌功能降低；②腮腺造影示末梢导管扩张及排空功能迟缓较明显；③常伴有免疫学检查异常。

4.进一步检查

(1)腮腺造影检查。

(2)细胞学检查。

5.治疗　无特殊治疗。如伴全身疾病以治疗全身疾病为主。

第五节 口腔颌面神经疾病

【病案 249】

患者，女，65 岁，家庭妇女。

主诉 左眼眶区闪电般阵发性剧痛 1 月余

现病史 1 个月前不明原因地自感左太阳穴疼痛，继之左眼眶区、左前额部闪电般、针刺样疼痛，并向眉弓、头顶部放射。持续时间 2～3 s，反复发作。开始间歇时间长，1 日有 1～2 次发作，近日间歇时间缩短，复发次数增多，多在白天发作。曾在本市医院诊断，具体不详，疗效不明显。患者精神差，全身未诉不适。

检查 全身检查未见异常。口腔颌面部检查：颌面部左右对称，无畸形，表面皮肤正常。检查左眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位，当刺激左眶上区即可引起疼痛发作，用0.5%利多卡因行左眶上孔局部麻醉，疼痛缓解。上颌牙全部缺失，$\overline{867|4578}$缺失，余留牙牙周萎缩，结石Ⅲ度。口腔黏膜未见异常。

实验室检查 均在正常范围

1. 诊断 左侧三叉神经痛(第 1 支)。

2. 诊断依据

(1)左眼眶区闪电般阵发性剧痛 1 月余。

(2)疼痛呈针刺样剧痛，并向眉弓、头顶部放射。疼痛持续时间开始 2～3 s，近日逐渐延长，复发次数增多，多在白天发作。

(3)刺激左眶上区即可引起疼痛发作，用 0.5%利多卡因行左眶上孔局部麻醉，疼痛缓解，故左眶上区为"扳机点"。

(4)患者精神差。

3. 鉴别诊断

(1)牙痛 ①牙痛为短期的持续性疼痛或阵发性加重，有病灶牙；②牙痛常有自发痛、冷热刺激痛、叩痛、探痛或牙龈红肿；③疼痛原因主要为牙髓炎、根尖周炎、髓石、阻生牙等，应拍摄 X 射线片鉴别。

(2)眼、鼻病 ①为持续性疼痛，不放射。②青光眼有恶心呕吐、眼压升高、瞳孔散大、眼结膜充血等症状。③急性上颌窦炎者眶下区有压痛，患侧中鼻道蓄脓，可能有体温升高。

(3)颞下颌关节病 ①为钝痛，疼痛在颞下颌关节周围或咀嚼肌部位，有压痛。②疼痛常在咀嚼或大张口时最明显，无扳机点。③常有下颌运动障碍及关节杂音。

(4)颅内肿瘤 如小脑桥脑角部位的胆脂瘤、听神经瘤、脑膜瘤、动脉瘤及半月节部位的神经瘤，可压迫或侵犯三叉神经引起面痛。①疼痛多为深在的持续性疼痛；②常伴有神经功能障碍及其他脑神经症状，如麻木、面瘫、角膜反射减退、听力失常等。

(5)颅底蛛网膜炎 颅底局限性蛛网膜炎，可侵犯三叉神经引起面痛。①多为青壮年

发病、起病急，常有头部外伤或感染史。②疼痛多为持续性钝痛，可伴有患侧面神经、听神经症状或枕神经痛。③如果视交叉部位有病变，疼痛主要在眼球、眼周部位，同时有视力障碍及眼底改变。

(6)颅外肿瘤 ①颞下窝、翼腭窝的肿瘤，如纤维瘤、神经纤维瘤、纤维肉瘤、软骨瘤等，有可能侵犯三叉神经而出现面痛。②疼痛为深在的持续性疼痛，可伴有麻木、软腭瘫痪、听力障碍或张口困难。③鼻咽癌侵犯颅底或上颌窦癌侵犯翼腭窝时，亦可出现面痛。鼻咽癌常伴有鼻出血、听力障碍、颈淋巴结肿大等症状。

(7)非典型三叉神经痛 亦称非典型面痛。①多见于青中年，常伴有神经衰弱症状。②疼痛较轻，为持续性或间断性疼痛。③疼痛范围不定，不按三叉神经支分布，常在颊部、眼眶部或面中部。④无扳机点，服用酰胺咪嗪类药物无效。

(8)偏头痛 ①有头痛史，头痛发作前常有视觉预兆，如视觉模糊及眼前暗点。②每次发作持续时间由数小时至1~2 d，疼痛区域超出三叉神经分布的范围。③疼痛部位深在，常伴有恶心、呕吐。

(9)舌咽神经痛 ①为舌咽神经分布区域的阵发性剧痛。②疼痛部位在咽后壁、舌根、软腭、扁桃体、咽部及外耳道等处。③疼痛常因吞咽、讲话而引起，睡眠时也可发作，用1%~2%地卡因喷雾于咽部、扁桃体及舌根，如能止痛即可确诊。

(10)蝶腭神经痛 ①为深在的持续性疼痛，亦可阵发性加重及周期性发作。②疼痛部位主要在鼻根、眼眶、眼球，并可向牙龈、颧部、耳颞部放射，每次疼痛数分钟至几小时。③发作时伴有鼻塞、分泌物增加，或耳鸣、耳聋、畏光、流泪等症状。④经口内翼腭管做蝶腭神经封闭能止痛，即可明确诊断。

(11)茎突综合征 ①由茎突韧带钙化使茎突过长压迫舌咽神经引起。②表现为咽侧疼痛，并常向外耳道放射，吞咽、张大口或向患侧转头时，均可引起疼痛。③触诊咽侧部可能触到茎突，X射线片可显示茎突过长。切除部分茎突可治愈。

(12)舌痛 ①指舌本身无显著病变而有轻度疼痛或灼痛。②检查舌部可有舌乳头萎缩或增生，或叶状乳头炎，或创伤性溃疡等。

(13)疱疹后三叉神经痛 ①是三叉神经半月节细胞受潜在的病毒感染引起。②疱疹出现在前额、眼结膜、角膜及鼻部，愈合后不留瘢痕。③疼痛多开始于出疹前3~4 d，疼痛为持续性或阵发性加重，性质可为烧灼样，或针刺样、刀割样，并常有皮肤瘙痒。④无扳机点。病程长短不一，可在疱诊消退后数日或数月止痛，多数预后良好。

(14)多发性硬化症 ①为中枢神经系统脱髓疾病，以病灶多发、播散、反复发作为特点。②有1%~2%患者因病灶侵犯桥脑角处三叉神经而致面痛，常为双侧多发三叉神经痛。③常同时侵犯其他神经，而有听力、视力障碍及肢体感觉、运动障碍。

(15)创伤后三叉神经痛 ①有外伤史及医学创伤史，常发生于受创伤后数月至数年内。②疼痛性质为持续性钝痛、烧灼痛或牵拉痛，疼痛可不限于受伤局部。③创伤后疼痛治疗困难，不易短期自愈。

(16)痛性麻木 ①多发生于三叉神经破坏性手术治疗后。②手术后数周或数月，为持续性刺痛、烧灼痛或牵拉不适。③无扳机点，这种疼痛用一般治疗或再次手术常无效。

(17)幻影性面痛 ①常见于三叉神经周围支撕脱术或酒精封闭后。②疼痛常见在原

疼痛部位，为阵发性疼痛，或与术前疼痛性质一样。③常可在数日或1周左右自愈。

(18)精神性面痛　①疼痛与患者的精神状态有明显关系，疼痛常无固定位置，并且与神经分支不符。②患者常表情抑郁，对病情常过分夸张或言不对题，思想负担很重，可伴有癔病或自主神经功能紊乱症状，一般治疗无效，应尽量做解释工作及心理治疗。

4.进一步检查

(1)确定分支检查　确定分支首先要寻找"扳机点"，各分支常见"扳机点"的部位是：①眼支，眶上孔、上眼睑、眉、前额及颞部等部位；②上颌支，眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或口角区、上颌结节或腭大孔等部位；③下颌支，颏孔、下唇、口角区、耳屏部、颊黏膜、颊脂垫尖、舌颌沟等处，并须观察在开闭口及舌运动时有无疼痛的发作。对各分支的常见"扳机点"按顺序进行检查，刺激方法可采用拂诊、触诊、压痛、揉诊。

(2)三叉神经功能检查　原发性三叉神经痛一般无论病情轻重，并不影响患侧神经的功能。在确定分支检查后，应再进行功能检查：感觉功能、角膜反射、腭反射、运动功能，以便了解神经径路是否正常。

5.治疗

(1)药物治疗　首选药物治疗，无效时再选其他治疗。可选用酰胺咪嗪、苯妥英钠、维生素 B_{12}、654-2、七叶莲等药物。

(2)针刺疗法　下关、太阳、头维等穴。

(3)封闭疗法　用1%～2%普鲁卡因或加入维生素 B_{12} 行神经干或穴位封闭。

(4)理疗　维生素 B_1 或 B_{12} 和普鲁卡因用离子导入法。

(5)组织疗法　肠线埋藏，组织浆注射。

(6)注射疗法　无水酒精或95%酒精准确注入患区的神经干或神经节。

(7)半月神经节射频控温热凝术　止痛效果好，复发率低，可重复应用。

(8)手术疗法　病变性骨腔清除术，三叉神经周围支切断撕脱术，颅内手术(三叉神经根部分切断术或微血管减压术)。

(9)冷冻、激光。

【病案250】

患者，女，58岁，农民。

主诉　右上唇阵发性剧痛1年余。

现病史　1年前，自感右上唇阵发性、针刺样剧痛，持续时间2～3 s，时轻时重。一开始每日2～3次发作，以后症状加重、次数增多。疼痛发作时先在右上唇处，向眶下、颧部放射，以右上唇处最为明显。伴有张口受限。曾到某医院做局部封闭治疗，维持半年余无疼痛，今再次复发。患者全身无明显不适。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：口外未见异常；口内全口牙龈充血、肿胀，牙结石Ⅲ度，口腔卫生差，开口度1.5 cm。检查三叉神经上颌支区域：右眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、口角区、上颌结节或腭大孔等部位未引起疼痛发作。刺激右上唇、鼻孔下方可引起疼痛发作，行局部麻醉即可使疼痛缓解。

实验室检查　白细胞计数偏高，余正常。

1. 诊断　右侧三叉神经痛(第 2 支)

2. 诊断依据

(1)右上唇阵发性剧痛 1 年余。

(2)疼痛性质为针刺样剧痛，持续时间 2～3 s，发作次数逐渐增多。

(3)疼痛时先在右上唇处，向右眶下、颧部放射，以右上唇处最为明显。

(4)检查三叉神经上颌支区域，刺激右上唇、鼻孔下方可引起疼痛发作，行局部麻醉即可使疼痛缓解。

(5)全口牙龈充血、肿胀，牙结石Ⅲ度，口腔卫生差，开口度 1.5 cm。

鉴别诊断、进一步检查、治疗同病案 249。

【病案 251】

患者，男，60 岁，工人。

主诉　右面颊部间歇性、短暂剧痛半年余。

现病史　半年前，无明显原因自感右面颊部间歇性、针刺样剧痛。疼痛持续时间 2～3 s，开始每日只有 1～2 次发作，近期复发次数增多，每日可达十余次。疼痛发作时先在右面颊部，向颞部放射。患者不敢按摩右面颊，稍不注意即可引起发作。曾到就近医院治疗，怀疑为"三叉神经痛"，给予对症治疗，具体不详，效果不明显。患者全身未诉不适。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查：口外左右对称，未见畸形。口内上颌牙全部缺失。下颌余留牙为$\overline{6321|12345}$，$\overline{6|}$牙龈萎缩、龈缘充血，Ⅰ度松动，颊侧牙龈有一瘘口，未见脓性分泌物。检查三叉神经下颌支区域下唇、口角区、耳屏部、颊脂垫、舌颌沟等部位，未引起疼痛发作。刺激右下颊部即可引起短暂的剧痛，行右下牙槽神经阻滞麻醉可以使疼痛缓解。

实验室检查　各项检查指标均在正常范围。

1. 诊断　右侧三叉神经痛(第 3 支)。

2. 诊断依据

(1)右面颊部间歇性、短暂剧痛半年余。

(2)疼痛性质为针刺样剧痛，持续时间 2～3 s，开始每日 1～2 次，近期复发次数明显增多，每日可达十余次。

(3)疼痛发作时先在右面颊部，向颞部放射，以右颊部最明显。

(4)检查三叉神经下颌支区域，刺激右下颊部即可引起短暂的剧痛，行右下牙槽神经阻滞麻醉可以使疼痛缓解。

(5)$\overline{6|}$牙龈萎缩，龈缘充血，Ⅰ度松动，颊侧牙龈有一瘘口，未见脓性分泌物。

鉴别诊断、进一步检查、治疗同病案 249。

【病案 252】

患者，男，45 岁，干部。

主诉　舌根部阵发性剧痛半年。

现病史　半年前，不明原因自感舌根部剧痛，疼痛呈阵发性发作。早上或上午疼痛次

数多，下午、晚上逐渐减少，但睡眠时也可发作。每次发作持续数秒至1～2 min，性质为刀割样痛，伴有咳嗽。吞咽时较硬的食物刺激舌根部可引起疼痛发作。患者体质消瘦，既往有冠心病史。全身未诉不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：口外颌面部左右对称，未见异常。口内两侧上颌第三磨牙缺失，两侧下颌第三磨牙延伸，口腔卫生差，结石Ⅱ度。舌根部稍红肿，检查腭扁桃体、外耳道、咽部未引起疼痛，重刺激舌根部即可引起疼痛发作。

实验室检查 未见异常。

1.诊断 舌咽神经痛。

2.诊断依据

(1)舌根部阵发性剧痛半年。

(2)疼痛呈阵发性发作，阵痛次数是早上或上午多，下午或晚上逐渐减少，有时睡眠也可发作。每次发作持续数秒至1～2 min，性质为刀割样。

(3)咽部有异物感，有咳嗽现象。

(4)重刺激舌根部即可引起疼痛发作，表面麻醉舌根部即可阻止疼痛发作。

3.鉴别诊断

(1)三叉神经痛 阵痛多在白天，晚上一般不发作。疼痛的部位多在面部表浅处。患病率高。

(2)茎突过长 疼痛呈持续性，局部活动加剧。

(3)鼻咽癌侵及咽部及颅底引起的神经痛 疼痛呈持续性。

(4)颅内外肿瘤等所引起的继发性舌咽神经痛 常可伴有其他脑神经障碍，或其他的神经系统局限性体征。

4.治疗

(1)药物治疗 治疗原发性三叉神经的药物，均可应用于本病的治疗。

(2)封闭治疗 1%～2%普鲁卡因5～10 ml(可加维生素B_1、B_{12}或适量激素)注射于舌根部。

(3)手术治疗 保守治疗无效者可采用颅外舌咽神经干切断术或颅内舌咽神经根切断术，应严格掌握手术适应证。

(4)病因治疗 如属继发性舌咽神经痛，应查明原因再进行治疗。

【病案253】

患者，女，35岁，干部。

主诉 右口角下垂，右眼闭合不全1 d。

现病史 由于劳累疲倦，又干重体力劳动，加上受风，今晨起床洗漱时自感右口角下垂，饮水漏水，不能鼓腮，不能吹气。右眼裂扩大，右眼闭合不全，前额纹消失，不能皱眉。右面部感觉麻木。全身未诉明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔颌面部检查：右侧口角下垂，健侧向上歪斜，上下唇不能紧密闭合，饮水漏水，不能鼓腮，不能吹气等。右眼裂扩大，闭合不全，露出结膜，前额皱纹消失，不能皱眉。口内未见异常。

实验室检查 未见异常。

1.诊断 右侧周围性面神经麻痹(贝尔麻痹)。

2.诊断依据

(1)有劳累疲倦、受风史。

(2)饮水漏水,不能鼓腮,吹气障碍,右眼闭合不全,右面部感觉麻木。

(3)口腔专科检查见右口角下垂,健侧向上歪斜,上下唇不能闭合;右眼裂扩大,闭合不全;右前额皱纹消失、不能皱眉。

3.鉴别诊断

(1)核上性面神经麻痹 病变位于面神经核以上与大脑皮层之间,亦称中枢性面神经麻痹。引起对侧睑裂以下的面肌瘫痪,不影响皱眉、闭眼,常伴有患侧肢体瘫痪,无味觉及唾液分泌障碍。

(2)核性面神经麻痹 此病虽属周围性面神经病变,但因其病变部位在桥脑或脑干实质内,常为占位性病变、炎症或血管性病变,故除有半侧面神经瘫痪外,还可能有外展神经及其他脑神经症状。

(3)小脑桥脑角病变 为小脑桥脑部位的占位性病变或局限性蛛网膜炎,表现除有半侧面肌瘫痪外,还可能有耳鸣、听力及面部感觉障碍,或有角膜反射消失及同侧小脑功能障碍。

(4)各种综合征 如亨特(Hunt)综合征、麦克森(Melkersson)综合征,除有面肌瘫痪外,还有其他症状。

(5)其他 听神经瘤、中耳炎、颌面部损伤、腮腺疾病等,亦可引起半侧面肌或部分面肌瘫痪,均有相应的病变存在或有外伤史。

4.预后 面神经炎预后多数良好,这主要取决于病情的严重程度,以及治疗是否及时得当。贝尔面瘫约80%的病案可在2~3个月内恢复。轻症病案多无神经变性,经2~3周即开始恢复,于1~2个月内可痊愈;神经部分变性者,需3~6个月恢复;严重者恢复缓慢或不能恢复。

5.预防 防止面部特别是耳后部受风寒。

6.进一步检查 面神经损害部位的定位检查,主要是根据味觉、听觉及泪液检查结果而明确。

7.治疗

(1)急性期 起病1~2周内为急性期。主要是控制炎症水肿,改善局部血液循环,减少神经受压。使用药物有阿司匹林,激素,维生素 B_1、B_{12}。

(2)恢复期 第2周末至2年为恢复期。主要是尽快使神经传导功能恢复和加强肌收缩。药物治疗、理疗、针刺疗法、对症治疗。

(3)后遗症期 2年后面瘫仍不能恢复者可按永久性面神经麻痹处理。

【病案254】

患者,男,65岁,干部。

主诉 口歪眼斜5年余。

现病史　5年前,因被人打致右面颊部斜行切割伤,深至腮腺,口歪眼斜。经清创缝合,控制感染,应用营养神经药物,右面颊创口愈合良好,但口歪眼斜未见改善。患者全身未诉不适。

检查　全身检查未见异常。口腔颌面部检查:右面颊部自耳屏前至口角下方有一斜行瘢痕,右侧口角下垂,健侧向上歪斜,上下口唇不能紧闭合,饮水漏水,不能鼓腮,不能吹气。右眼裂扩大,闭合不全,露出结膜,前额皱纹消失,不能皱眉。

实验室检查　未见异常。

1.诊断　右侧外伤性面神经麻痹。

2.诊断依据

(1)有面神经损伤史

(2)有饮水漏水,不能鼓腮、不能吹气,右眼闭合不全,不能皱眉。

(3)检查见右面颊部自耳屏前至口角下方有斜行瘢痕。右口角下垂,健侧向上歪斜,上下口唇不能紧密闭合。右眼裂扩大,闭合不全,露出结膜。前额不能皱眉。

3.鉴别诊断　症状、体征与贝尔面瘫相同,但后者有受风史。

4.进一步检查　肌电仪和电兴奋性检测。

5.治疗　主要是手术治疗。

(1)神经吻合术　适用于神经无缺损或缺损不大,外伤后应立即行神经端端直接吻合术。

(2)神经游离移植术　主要是自体神经移植。适用于因损伤或手术后造成神经部分缺损者。

【病案255】

患者,女,50岁,工人。

主诉　左面部抽搐10年余。

现病史　10年前不明原因自感左侧眼睑抽搐,逐渐扩展到左侧面部,以左眼睑抽搐最为明显。左面部抽搐为无规律的抽动,不能自控。当精神紧张或疲倦时加重,睡眠时停止发作。一次抽搐持续时间2~3 s,伴有左侧头痛。全身未诉不适。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:颌面部左右对称,无畸形。当面部抽搐发作时,先从左眼睑开始,后扩展到左面部、口角,持续时间2~3 s,呈间歇性发作。触及左眼眶区可诱导面部抽搐的发作。

实验室检查　未见异常。

1.诊断　左侧面肌痉挛。

2.诊断依据

(1)患者为女性,50岁,属多发年龄段。

(2)左面部抽搐10年余。

(3)10年前不明原因自感左侧眼睑抽搐。逐渐扩展到左侧面部,以左眼睑抽搐最为明显。持续时间为2~3 s,当精神紧张或疲倦时抽搐加重。

(4)口腔专科检查见面部抽搐发作时,先从左眼睑开始,后扩展到面部、口角,持续时

间2～3 s，呈间歇性发作，触及左眼眶区可诱导面部抽搐的发作。

3.鉴别诊断

(1)癔病性眼睑痉挛 多见于成年女性，常为双侧单纯眼睑痉挛，伴有其他癔病症状，肌电图正常。

(2)习惯性眼睑抽搐 多见于儿童、青壮年，为双侧强迫性运动，可受意志控制。肌电图正常。

(3)三叉神经痛 三叉神经痛可伴有面肌抽搐，但有典型的三叉神经痛症状

(4)颅内病变 小脑桥脑角部位的肿瘤、炎症或面神经瘤、脑损伤等均可引起面肌抽搐，但多伴有其他脑神经症状。

(5)舞蹈病及手足徐动症 均为双侧，伴有四肢、躯干不自主的动作。

4.进一步检查

(1)脑电图检查。

(2)肌电图。

5.治疗

(1)药物治疗 抗癫痫药物及镇痛药物，可配合血管扩张剂、维生素 B_1 和 B_{12}。

(2)物理疗法 用超声波，钙离子透入或平流电刺激，减轻症状。

(3)针灸疗法 可取太阳、地仓等穴。

(4)封闭疗法 用维生素 B_1、B_{12}或654－2，或95%酒精，或复方奎宁等，行面神经分支或总干封闭。

(5)射频温控热凝治疗 热凝面神经总干，使面肌轻瘫，保留面神经部分功能。

(6)手术 手术切断面神经分支，或总干压榨术，与其他神经吻合术，颅内微血管减压术。

第六节 颞下颌关节疾病

【病案256】

患者，男，40岁，干部。

主诉 张口时颞下颌关节疼痛伴弹响3年余。

现病史 3年前，因多次咬核桃后自感下颌运动及张口时双侧颞下颌关节区疼痛，曾口服消炎类药物，疼痛时好时坏。继之下颌运动及张口时双侧颞下颌关节区有弹响，随着时间推移关节弹响明显。近日因吃排骨时不慎咬着碎骨双侧颞下颌关节疼痛加重。既往有夜磨牙及头痛史。全身无明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：口外颌面部左右对称，双侧颞下颌关节活动尚可，关节区有压痛。开口运动中可闻及弹响。口内开口度正常，开口型不偏斜。全口牙均中度磨耗，前牙牙冠明显短，切缘薄而锐，不平整。磨牙殆面有水平向磨损形成的光亮面，咬合时面下1/3垂直距离变短。X射线检查见双侧颞下颌关节后间隙变窄，关节前

间隙变宽，但无骨质改变。

实验室检查 均在正常范围。

1.诊断 双侧颞下颌关节紊乱综合征。

2.诊断依据

(1)有咬坚硬食物史，有夜磨牙史。

(2)张口时颞下颌关节疼痛伴弹响3年余。

(3)口腔专科检查 口外：双侧颞下颌关节区有压痛，开口运动中可闻及弹响。口内：开口度正常，开口型呈不偏斜，全口牙中度磨耗。

(4)X射线检查 双侧颞下颌关节后间隙变窄，关节前间隙变宽，无骨质破坏。

3.鉴别诊断

(1)关节内疾患

1)退行性关节病 为一种发生于活动关节局部的、非炎症性的退行性病变，又分原发性和继发性。原发性患者常无明显自觉症状，继发性患者可因不同的情况而有不同的症状。X射线检查：关间间隙变狭窄，关节结节、关节窝硬化并变得浅平宽大，髁状突破坏等。关节造影见关节盘移位或穿孔。

2)类风湿性关节炎 一般都伴有多发性关节病损、反复发作、左右对称，常累及四肢关节。类风湿因子试验(+)、血沉增快等。

3)创伤性关节炎 有明确的急性创伤史，关节局部疼痛、肿胀，关节运动受限及开口困难等。

4)化脓性关节炎 发病较快，关节区有红、肿、热、痛，伴有发热、全身不适及白细胞计数增高等。

5)髁状突发育畸形 髁状突发育不良、发育过度及双侧髁状突畸形，依靠X射线检查确诊。

6)关节肿瘤 当有开口困难，特别是同时伴有脑神经症状或其他症状者，应考虑是否有关节区的良、恶性肿瘤。

7)其他疾患 如关节炎型银屑病、系统红斑狼疮等也可累及颞下颌关节，但根据其全身表现在临床上不难作出诊断。

(2)关节外疾患

1)非典型性面神经痛 疼痛特点为较弥散、深在，不易定位，且在发作时常伴有同侧的自主神经系统症状。

2)三叉神经痛 疼痛部位相当于三叉神经某一分支的分布区，多发生于一侧，常有“扳机点”为其特点。

3)慢性鼻窦炎 一般有鼻塞、流脓鼻涕、嗅觉障碍等症状，伴有头痛。

4)耳源性疾病 外耳道疖和中耳炎症疼痛常放射到关节区，并影响开口和咀嚼，应进行耳科检查。

5)偏头痛 表现为反复发作性半侧头痛，疼痛性质为钝痛或刺痛，常伴有恶心、呕吐。发作时常有自主神经障碍的症状。

6)颈椎病 可引起颈、肩、背、耳后区及面侧部疼痛，疼痛与颈部活动及姿势有关，与

开口和咀嚼无关，可有手的感觉功能和运动功能异常。颈椎X射线片可确诊。

7)癔病性牙关紧闭　既往有癔病史，有独特的性格特征。发病前有精神刺激因素，常和全身其他肌痉挛或抽搐症状伴发。此病用语言暗示或间接暗示治疗常能奏效。

8)破伤风牙关紧闭　本症一般均有外伤史，先是由于咀嚼肌少许紧张，患者感到开口受限，继而由于强直性肌肉痉挛而牙关紧闭，同时还因表情肌的紧缩而形成特殊的"苦笑"面容。根据临床病史及发病特点即可确诊。

9)关节外肿瘤　有些关节外肿瘤，如颞下窝肿瘤、翼腭凹肿瘤、上颌窦后壁癌、鼻咽癌及腮腺深叶肿瘤等亦可引起开口困难或牙关紧闭。应根据有关肿瘤的不同临床特点及医学影像检查所见作出诊断。

10)茎突过长症　吞咽时咽部疼痛和感觉异常。在开口、咀嚼时可引起髁状突后区痛及关节后区、耳后区和颈部牵涉痛。X射线片可确诊。

4.进一步检查

(1)颞下颌关节张闭口位及曲面断层摄片　了解关节间隙改变和骨质改变。

(2)关节造影　观察关节盘和软骨面的变化。

(3)关节CT。

5.治疗

(1)治疗教育和自我教育　对病人进行医疗知识教育，以便病人进行自我教育、自我保护颞下颌关节。关节制动，限制张口，流质饮食。

(2)药物治疗　镇静、镇痛、肌松药物的应用，中药外敷。

(3)物理疗法　红外线，石蜡疗法，钙离子导入法，超声药物透入疗法。

(4)𬌗治疗　纠正𬌗干扰、错𬌗、多数后牙缺失、𬌗过度磨损、𬌗位不正和垂直距离过短。

(5)正畸治疗　由于牙位、颌位异常的错𬌗畸形造成关节紊乱，正畸是重要而有效的治疗方法。

(6)手术治疗　大多数患者可通过保守治疗得到好转和痊愈，但严重者需手术治疗。

【病案257】

患者，男，37岁，农民。

主诉　右颞下颌关节疼痛2月余。

现病史　2月前，因车祸造成下颌骨颏部骨折，右侧髁状突颈骨折。右颞下颌关节区红、肿、热、痛。经颌间结扎，对症治疗半月后发现双侧颞下颌关节后脱位。在全身麻醉下打开原下颌骨颏部骨折部位，松解双侧颞下颌关节，使其复位固定，下颌骨颏部骨折内固定。术后骨折愈合良好，关节复位。近1个月自感右颞下颌关节区疼痛明显，下颌运动时疼痛加重并可闻及关节区连续的摩擦音，关节活动僵硬。全身无明显不适。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查，口外：右侧颞下颌关节区肿胀，咀嚼或非咀嚼的下颌运动均可出现关节弹响，有明显压痛。右侧颞下颌关节活动减弱。口内：开口度2.0 cm，前牙反𬌗、双后牙咬合关系正常。X射线检查见右侧关节间隙变窄、骨端骨质增生。

实验室检查 均在正常范围。

1.诊断 右侧创伤性颞下颌关节炎。

2.诊断依据

(1)有明显外伤史。

(2)右侧颞下颌关节疼痛、肿胀、有压痛，下颌运动时可闻及连续的摩擦音，关节活动僵硬。

(3)X射线检查见右侧颞下颌关节间隙变窄，骨端骨质增生。

(4)外伤前双侧颞下颌关节正常。

3.鉴别诊断

(1)机械压力所致的颞下颌关节炎 ①无急性创伤所致的创伤性炎症表现：红、肿、热、痛及功能障碍。②由于牙研磨、咀嚼等机械性压力的微小的慢性损伤而发生的关节改变。

(2)退变性骨关节病 ①为关节软骨发生退行性变，继而引起新骨增生的一种关节病变。②多见于40岁以上的女性。③骨性关节病可累及不同关节。④X射线检查见软骨下骨质可有硬化或囊性变，到后期骨端变形。

4.进一步检查

(1)颞下颌关节张闭口位摄片。

(2)颞下颌关节曲面断层摄片。

5.治疗

(1)适当休息，避免过多讲话或咀嚼，有助于恢复。

(2)镇痛、消炎、活血化淤药物的应用，避免用可的松药物。

(3)对症治疗，减轻疼痛，缩短病程，减慢病情发展。

(4)物理疗法，以维持关节活动范围和恢复肌肉收缩能力。

(5)手术治疗，对于由于创伤关节血肿机化而发生强直者采用。

【病案258】

患者，女，60岁，退休工人。

主诉 不能闭口1 h。

现病史 1 h前，打哈欠时开口过大使病人呈开口状而不能闭口。唾液外流，语言不清，咀嚼和吞咽均有困难，急来我院诊治。既往无颞下颌关节脱位史。全身无明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：颌面部左右对称，下颌前伸，颏部前突，左右面颊变平，鼻唇沟消失，脸型相应变长。双侧耳屏前方触诊有凹陷而关节前方则隆起，在颧弓下方可触到脱位的髁状突。口内：可见前牙开殆、反殆，仅在双侧磨牙区有部分牙接触。X射线检查可见双侧髁状脱位于关节结节前上方。

实验室检查 均在正常范围。

1.诊断 双侧颞下颌关节急性前脱位。

2.诊断依据

(1)不能闭口1 h。

(2)有过度开口史。

(3)病人呈开口状,不能闭口,唾液外流,语言不清,咀嚼和吞咽均有困难。

(4)颌面部左右对称,下颌前伸,颏部前突,左右面颊变平,鼻唇沟消失,脸型也相应变长。双侧耳屏前方触诊有凹陷而关节结节前方则隆起,在颧弓下方可触到脱位的髁状突。前牙开殆、反殆,仅在磨牙区有部分牙接触。

(5)X射线检查可见双侧髁状突脱位于关节结节的前上方。

3.鉴别诊断

(1)下颌骨髁状突颈部骨折　①有外伤史,殆中线偏向患侧(单侧骨折),或前牙呈开殆状态(双侧骨折)。②髁颈部有明显压痛及血肿。③X射线检查可见到骨折线。

(2)下颌骨多发骨折　①有外伤史,口内可见骨折段的移位。②咬合错乱。③X射线检查可见到骨折线。

4.进一步检查

(1)拍摄颞下颌关节张闭口位片。

(2)拍摄颞下颌关节曲面断层片。

5.治疗

(1)复位　①口内法:复位时拇指压下颌骨向下,其余手指将颏部缓慢向上后推动,使髁状突滑入关节窝而得以复位。②口外法:复位时术者两拇指放在病人两侧突出于颧弓下方的髁状突前缘,用力将髁状突向下后方压挤,其余手指托住颌骨将下颌角部和下颌体部推向上后方,此时髁状突即可滑入关节窝而复位。

(2)固定　下颌复位后,为了使被牵位过度受损的韧带、关节盘诸附着和关节囊得以修复,必须在复位后固定下颌2~3周,限制开颌运动,开口不宜超过1 cm。固定方法为颅颌绷带。

【病案259】

患者,女,19岁,农民。

主诉　开口困难19年,加重5年。

现病史　患者出生20余天时,发现右侧面颊部明显红肿,在当地医院诊治,疑为脓肿给予切开引流。切开时未见脓液流出,1周后创口愈合,局部红肿消失,但开口困难,仅能进流质饮食,患者9岁时曾到当地县医院诊治,疑为右侧颞下颌关节强直,未治疗。近5年来,完全不能开口,面容左右不对称,咬合错乱。睡眠时有打鼾现象,全身无明显不适。

检查　全身检查未见异常。口腔专科检查:口外颌面部左右不对称,颏部偏向患侧,患侧下颌体、下颌升支短小,相应面部反而丰满,健侧扁平、狭长,右下颌角前切迹明显凹陷,下颌角显著向下突出。用两手小指末端放在两侧外耳道内,拇指放在颧骨部作固定,请病员做开闭口运动和侧方运动,感知右侧颞下颌关节无活动,左侧有少许活动。口内:开口度为0。殆关系错乱,下牙弓变小而狭窄。下颌磨牙倾向舌侧,下颌牙的颊尖咬于上颌牙的舌尖,下颌切牙向唇侧倾斜呈扇形分离。X射线检查:右侧颞下颌关节关节间隙消失,髁状突和关节窝融合成很大的致密团块,呈骨球状。左侧正常关节解剖形态消失,关节间隙模糊。

实验室检查 均在正常范围内。

1.诊断 右侧颞下颌关节骨性强直。

2.诊断依据

(1)有右面颊炎症史。

(2)进行性开口困难19年,近5年完全不能开口。

(3)检查口外,颌面部左右不对称,颊侧偏向患侧,右侧下颌体、下颌升支短小,相应面部反而丰满,健侧扁平、狭长。右下颌角前切迹明显凹陷,下颌角显著向下突出。右侧颞下颌关节无活动,左侧有少许活动。

(4)殆关系错乱。下颌磨牙倾向舌侧,下颌牙的颊尖咬于上颌牙的舌尖。下颌切牙向唇侧倾斜呈扇形分离,开口度为0。

(5)X射线检查见右侧颞下颌关节关节间隙消失,髁状骨和关节窝融合成很大的致密团块,呈骨球状;左侧正常关节解剖形态消失、关节间隙模糊。

3.鉴别诊断

(1)颞下颌关节纤维性关节强直 ①有炎症史。②张口受限,但开口度不是0。③面下部发育障碍畸形较关节骨性强直轻。④髁状突活动减轻。⑤X射线检查正常关节解剖消失,关节间隙模糊,关节窝及髁状突骨密质有不规则破坏。

(2)假性关节强直 ①有溃疡或骨折史。②有颌间瘢痕。③面下部发育畸形较轻。④殆关系轻度错乱。⑤X射线检查见关节部正常,上颌与下颌升支间间隙可以变窄,密度增高。

4.进一步检查

(1)颞下颌关节曲面断层摄片。

(2)颞下颌关节张闭口位摄片。

(3)CT检查。

5.治疗 颞下颌关节骨性强直的治疗一般都必须采用外科手术。术前必须有正确的诊断,方能制定正确的手术计划。

(1)颞下颌关节成形术 ①截开的部位尽可能在下颌升支的高位。②骨断面应做适当修整,形成点与面的接触。③保持截开的间隙为0.5~1.0 cm。

(2)右颞下颌关节倒置成形术 把右侧下颌升支纵形截开,将后缘骨颠倒上下位置,再与升支前部固定。

【病案260】

患者,男,17岁,农民。

主诉 张口受限10年余。

现病史 10年前,患者玩耍时不慎从二楼的平台上摔下,造成下颌骨颏部骨折、左侧髁状突骨折及双下肢多发性骨折。速在当地医院急救,给予下颌骨骨折内固定术、双下肢骨折内固定术。术后创口愈合良好,骨折愈合。但张口受限,开始尚能正常饮食,以后逐渐加重,至今只能进流质饮食。全身无明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查、口外:颌面部左右不对称、左侧颞下颌关

节区较右侧丰满、无压痛。用两手小指末端放在两侧外耳道内，拇指放在颞部固定，请病人做开闭口及侧方运动，查明髁状突左侧动度极小，右侧动度明显。面下部畸形及左侧角前切迹不明显。口内：开口度0.5 cm，前牙深覆𬌗、深覆盖，下前牙微呈扇形分离向唇侧倾斜，双侧后牙为正常𬌗。X射线检查左侧颞下颌关节正常解剖形态消失、关节间隙模糊，关节窝及髁状突骨皮质有不规则破坏。

实验室检查　均在正常范围内。

1.诊断　左侧颞下颌关节纤维性强直。

2.诊断依据

(1)张口受限10年余，进行性加重。

(2)有外伤史，有下颌骨颏部骨折、左侧髁状突颈部骨折史。

(3)开口度0.5 cm，前牙深覆𬌗、深覆盖，下前牙微呈扇形分离向唇侧倾斜，双侧后牙为正常𬌗。

(4)检查双侧髁状突活动情况，左侧动度极小，右侧动度明显。

(5)X射线检查左侧颞下颌关节正常解剖形态消失、关节间隙模糊，关节窝及髁状突骨皮质有不规则破坏。

3.鉴别诊断

(1)颞下颌关节骨性强直　①有炎症病史，病程长。②张口困难至完全不能开口。③面下部发育障碍和畸形严重。④𬌗关系错乱。⑤X射线检查颞下颌关节关节间隙消失，髁状突和关节窝融合成很大的致密团块，呈骨球状，或呈"T"形。

(2)假性颞下颌关节强直　①有溃疡、骨折史。②有颌间瘢痕。③开口困难的程度因关节外瘢痕粘连的程度而有所不同。④患侧髁状突活动减弱或消失。⑤X射线检查见关节正常解剖形态及关节间隙清楚可见，在上颌与下颌升支之间的颌间间隙变窄，密度增高，有时可见大小不等的骨化灶。

4.进一步检查

(1)颞下颌关节张闭口摄片。

(2)颞下颌关节曲面断层摄片。

5.治疗　颞下颌关节纤维性强直都需采用外科手术治疗，术前应明确诊断，制定正确的手术方法。

(1)左侧颞下颌关节假关节成形术　①截开的部位尽可能在下颌升支的高位。②截骨断面：将能活动的断面修整，形成点与面的接触。③保持截开的间隙在0.5～1.0 cm。

(2)左侧颞下颌关节倒置成形术　将左侧下颌升支后缘纵形锯开，将后缘骨颠倒上下位置再与升支前部固定。

(3)左侧髁状突切除术。

【病案261】

患者，男，30岁，农民。

主诉　张口困难5年余。

现病史　5年前，因车祸造成右侧面颊部斜行贯通伤，右上颌骨、右下颌骨升支部开

放性骨折。在当地医院急救，清创缝合，骨折复位固定。创口愈合后右侧面颊部形成较大的瘢痕，张口困难，只能进流质食物。全身无明显不适。

检查 全身检查未见异常。口腔专科检查：颌面部左右不对称，左侧面颊部较右侧丰满。右侧面颊部有一长约 6.0 cm 斜行条索状瘢痕，自右侧耳屏前斜向右口角下方，开口时，右侧髁状突有轻微动度，左右运动时活动较大。左侧髁状突活动度大。口内开口度 0.5 cm，咬合关系正常。右侧口腔颊沟变浅。口内指诊可触及到右面颊黏膜有不规则形、范围约 4 cm×2 cm 的条索瘢痕区。

X 射线检查 右侧髁状突关节窝和关节间隙清楚可见。上颌骨与下颌骨升支之间的颌间间隙变窄，密度增高。

实验室检查 均在正常范围内。

1.诊断 右侧颞下颌关节假性强直。

2.诊断依据

(1)有右上下颌骨骨折史、右面部外伤史。

(2)张口受限 5 年余。

(3)右侧髁状突有轻微动度，侧向运动时活动较大，右侧髁状突活动度大。

(4)右侧面颊部有一长约 6.0 cm 斜行条索状瘢痕。开口度 0.5 cm，右侧口腔颊沟变浅，口内指诊可触及到右面颊黏膜有不规则形、范围约 4 cm×2 cm 的条索瘢痕区。

(5)X 射线检查见右侧髁状突、关节窝和关节间隙清楚可见。上颌骨与下颌骨升支之间的颌间间隙变窄，密度增高。

3.鉴别诊断 与颞下颌关节骨性强直、假性颞下颌关节强直的鉴别诊断见病案 260。

4.进一步检查

(1)颞下颌关节张闭口位摄片。

(2)颞下颌关节曲面断层摄片。

(3)CT 检查

5.治疗

(1)保守治疗 个别瘢痕范围小而在早期的病变可以用开口练习。

(2)手术治疗 基本方法是：①切断和切除颌间挛缩的瘢痕；②凿开颌间粘连的骨质，恢复开口度；③用皮片或皮瓣消除创面；④如果有唇颊组织缺损畸形，应采用额瓣或游离皮瓣移植修复。

第三章　口腔修复学

第一节　嵌体与冠

【病案262】

患者，男，18岁，学生。

主诉　要求修复前门牙断牙。

现病史　患者于3个月前运动时不慎将1颗上前牙摔断，当时在附近医院就诊，对断牙进行根管治疗，现因影响美观及发音来本院要求修复。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。|1冠折断超过牙冠1/2，叩诊(-)，无松动，牙龈色泽形态正常，无龈瘘。中性牙合关系，前牙覆牙合、覆盖正常。余牙无异常。

X射线检查　X射线片显示|1残冠，根尖及牙周组织正常，根管内有高密度影充填物至根尖，根无弯曲，牙根长度正常。

1. 诊断　|1残冠。

2. 修复设计

(1)复合树脂加自攻螺纹钉修复，修复要点如图3－1所示。

(2)简单桩冠修复，如图3－2、3－3所示。

(3)铸造核桩的烤瓷熔附金属全冠修复，如图3－4所示。

3. 设计讨论

(1)复合树脂加固位钉修复缺损牙齿。修复体的固位一方面靠复合树脂的高黏性，另一方面是通过固位钉与针道间的摩擦力获得。由于固位力不是很强，故牙齿大面积缺损超过牙冠2/3以上时，修复后牙齿在受力的过程中容易松动脱落。复合树脂色泽与牙体相近，但色稳定性较差，另外修复体表面易堆积菌斑。这种修复方法简单，一次即可完成。



图3－1　用固位钉修复

(2)简单桩冠修复是修复前牙牙冠大部分缺损的比较好的方法。它的固位靠桩冠插入根管与根管壁的摩擦力获得，其次是黏固剂的黏着力，所以固位力比较强。简单桩冠制作比较经济、简单，形态及牙色比较谐调美观。缺点是塑料牙在口腔内容易着色，时间久了易老化及磨损。另外如果

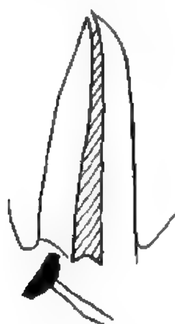


图 3-2 简单桩冠的根管制备
将舌侧面制成平的斜面、唇侧面制成凹形斜面;两斜面相交为近远中向的嵴

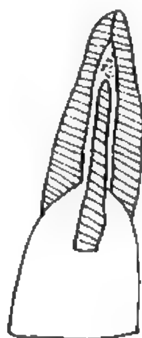


图 3-3 简单桩冠

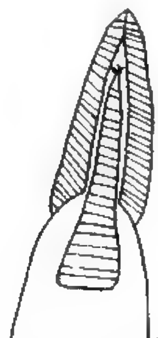


图 3-4 金属核桩

冠桩不合适易出现桩冠松动。

(3)铸造核桩的烤瓷熔附金属全冠修复前牙残根残冠是比较理想的方法。它的固位机制同简单桩冠,但由于它的核桩是通过制取蜡型铸造的,故与根管的密合度更高,固位力更强。另外烤瓷熔附金属全冠修复缺损牙,一方面牙色及形态谐调美观;另一方面不易着色,色泽比较稳定,不易老化及磨损,是比较理想的修复体。但制作比较繁杂,成本比较高。

【病案 263】

患者,男,35 岁,工人。

主诉 要求修复上后牙。

现病史 患者 1 年前因上后牙痛而就诊,被诊断为"左上第一磨牙牙髓炎"而进行治疗。治疗后使用患侧咀嚼常嵌塞食物而转到本科处理。

既往史 平素体健,无不良嗜好。

家族史 无特殊。

检查 颌面部对称,各部分比例协调,张口度、张口型正常,$\underline{|6}$ 邻殆面见银色充填物,邻面接触点未恢复,$\underline{|6}$ 远中面牙间龈组织红、肿、触之易出血,叩诊(-),无松动、对殆牙存在,咬合正常,中性殆关系。余牙无异常,颌骨及口腔软组织无异常。

X 射线检查 口腔 X 射线牙片示 $\underline{|6}$ 牙周正常,根管内有高密度影充填物。

1.诊断 $\underline{|6}$ 不良修复体。

2.修复设计

(1)邻殆嵌体修复 制备窝洞及修复如图 3-5 所示。

(2)铸造全冠修复。

3.设计讨论 该例患者主要因为原修复体没有恢复邻面接触点引起食物嵌塞而就诊,另外牙体缺损比较多,且该牙为主要承受咀嚼力的牙齿。故修复设计时一方面考虑恢复牙体外形,另一方面修复体应能承受较大应力。嵌体修复可以很好地恢复邻面外形,且边缘性能好,化学性能稳定,体积稳定,不易破裂折断,不易磨耗。缺点是不能一次就诊完

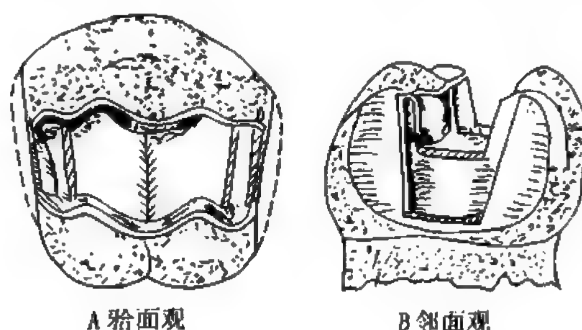


图 3-5　后牙近中-𬌗-远中(MOD)嵌体窝洞

成，外形线及边缘线较长，金属嵌体的颜色与牙齿不协调。铸造全冠修复固位力很强，其固位力是以全冠内壁与牙体表面间密切吻合而获得，全冠与牙体的接触面积大，因而所产生的摩擦力与黏着力也比较大。牙体外形可以得到很好地恢复。同时全冠包在无活力的牙外面，还可以保护牙齿防止牙冠折裂，而且外形线最短，是比较理想的修复体。缺点是金属与牙体色泽不协调，磨除牙体组织比较多。

【病案 264】

患者，女，30 岁，职工。

主诉　要求修复上前牙。

现病史　患者 3 个月前由于交通事故导致 6 个上前牙折断，当时到当地医院诊治，诊断为"321|123冠横折"，牙根可以保留，遂对断根进行根管治疗。自牙根治疗结束以来，病人断牙区无疼痛不适，一般情况如常。因影响美观、发音及进食，现就诊要求修复缺牙。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称无畸形，各部分之间比例协调。张口度及张口型正常。321|123残根。髓腔处见白色充填物。叩诊(-)，局部龈无异常，无明显松动。6|6𬌗面见银色金属充填物。余牙无异常。中性𬌗关系，缺牙区间隙尚可。前牙覆𬌗、覆盖正常。颌骨及口腔软组织无异常。

X 射线检查　口腔曲面断层片示321|123残根，根周组织正常，根管内充填高密度物质，充填长度适当。6|6牙冠硬组织内见高密度充填物。

1. 诊断

(1)321|123残根。

(2)6|6龋损已充填。

2. 修复设计　铸造核桩加烤瓷熔附金属全冠分别修复各个残根。

3. 设计讨论　本例患者缺牙区断根情况尚可，故修复时应首先考虑利用已有的口腔条件进行修复。比较理想的修复设计是利用核桩固位，即依靠冠桩与根管壁间的摩擦力和黏固剂的黏着力，可以取得良好的固位。同时患者比较年轻，对美观要求比较高，故修

复体选用烤瓷熔附金属全冠。它具有机械性能好、色泽稳定、生物性能优良等优点，缺点是修复体成本较高，制作步骤复杂。

【病案265】

患者，男，40岁，职员。

主诉 要求修复左下后牙。

现病史 患者5年前左下后牙龋坏，在当地医院充填治疗。2年后充填物脱落并出现牙齿遇冷热刺激痛和夜间痛，遂到口腔内科行牙髓治疗并充填窝洞。由于患牙牙体组织缺失多，剩余牙体组织脆弱，口腔内科医生建议其到本科修复治疗，保护患牙。自牙齿完成治疗以来，没有出现过疼痛不适。

既往史 平素体健，吸烟10支/d。

家族史 无特殊。

检查 颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。⌈6牙冠大部分见白色充填物，牙体组织变黄，叩诊(-)，无松动，龈无异常。中性殆关系，前牙覆殆、覆盖正常。颌骨及口腔软组织无异常。

X射线检查 ⌈6 X射线牙片示根尖周组织正常。

1.诊断 ⌈6充填术后要求修复。

2.修复设计

(1)铸造全冠。

(2)锤造全冠。

3.设计讨论 本例患者⌈6由于龋坏引起牙髓炎而失活牙髓，进行牙髓治疗，故该牙没有活力。同时牙冠硬组织部分缺失比较多，剩余牙体组织少，故充填治疗后如果该牙没有采取保护措施，那么在行使咀嚼功能过程当中，特别是咀嚼硬物时，很容易出现牙体的折裂。这种类型的患者在治疗结束后应调磨牙尖及利用全冠进行保护。铸造全冠是一种比较理想的修复体，比较坚固耐用；能够恢复正常的咬合关系、邻面接触关系及牙齿的良好外形；龈缘密合，对龈组织刺激甚微。铸造全冠的牙体预备时要注意保持冠的高度及殆面的原有解剖形态，以提高全冠的固位力。

锤造全冠主要应用镍铬合金半成品冠套制作而成，机械性能较好，制作方法较简便，且磨除的牙体组织比较少。缺点是不耐磨耗，使用时间长或殆力比较大的患者易出现冠套殆面被磨穿，如果不及时拆除修理，易导致牙齿龋坏。

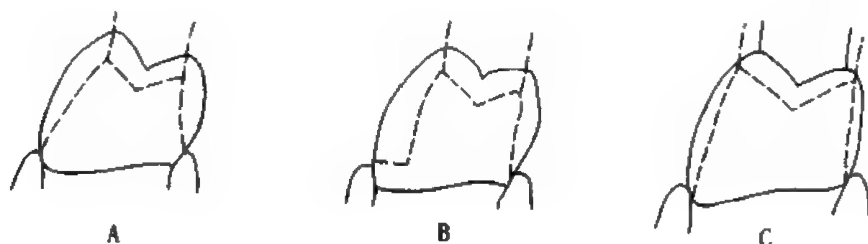
全冠的牙体预备如图3-6所示。

【病案266】

患者，女，50岁，职工。

主诉 要求修复上前牙。

现病史 患者3年前因右上前牙邻面颜色变黑而到当地医院就诊。当地医院诊断为龋坏而对患牙进行充填治疗。治疗后半年充填物脱落，又再次进行充填(充填材料不详)。半个月前充填材料再次脱落而到本院就诊要求修复治疗。患牙自发病以来无疼痛不适、



正确的预备	不正确的预备：强调颊	不正确的预备：
颊面龈 1/3	舌面平行致使颊舌面磨	殆近 1/3 的颊舌
与舌面平行	除过多，在颊部形成肩台	面磨除组织不够

图 3-6　全冠修复的牙体预备

患者一般情况尚可。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称，无畸形。各部分之间比例协调。张口度及张口型正常。$\underline{2|}$ 远中邻面龋波及切角，探诊（-），叩诊（-），无松动，牙龈正常。$\frac{54|45}{54|45}$楔状缺损。中性殆关系，覆殆、覆盖正常，颌骨及口腔软组织无异常。

X 射线检查　$\underline{2|}$ X 射线牙片示根尖周组织无异常。

1. 诊断

(1) $\underline{2|}$ 远中邻面Ⅳ类龋坏。

(2) $\frac{54|45}{54|45}$楔状缺损。

2. 修复设计　3/4 冠修复。

3. 设计讨论　该患者 $\underline{2|}$ 邻面缺失波及切角，因此在充填时充填体的固位力比较差，因此，易出现充填材料的脱落，3/4 冠覆盖牙冠的 3 个轴面（近中、远中邻面及舌面）与切面。黏固剂充填于修复体与牙体中间，固位力靠黏接力和轴沟、切面沟固位。固位力比较好，但不及全冠修复，故牙冠较短或前牙唇舌径较薄者不宜采用。用 3/4 冠修复牙体缺损，切割牙体组织比嵌体窝洞少而浅，龈缘线比全冠短，因这对龈组织刺激较小，前牙的唇面可外露，有利于美观。牙体制备如图 3-7。

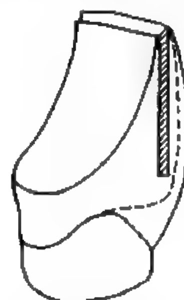


图 3-7　完成后的前牙 3/4 冠预备体

【病案 267】

患者，男，55 岁，工人。

主诉　要求修复右下后牙。

现病史　患者近半年来使用右侧咀嚼时感觉咀嚼效果比较差，遇冷热刺激敏感，遂到医院就诊，被诊为"右下第一磨牙重度磨耗"，建议其修复治疗。今到我院要求修

复。患病以来，患者无明显不适，一般情况尚可。

既往史　平素体健，吸烟 20 支/d。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称，无畸形。张口度及张口型正常。6|重度磨耗。叩诊(－)，无松动，与对𬌗牙咬合接触不良，用探针探𬌗面有轻度酸痛感，|78 缺失。中性𬌗关系，覆𬌗、覆盖正常。余牙无异常，颌骨及口腔软组织无异常。

1. 诊断

(1) 6|重度磨耗。

(2) |78 缺失。

2. 修复设计

(1) 高嵌体修复 6|。

(2) 铸造全冠修复 6|。

3. 设计讨论　本例患者因为重度磨耗而导致 6|𬌗面高度降低而影响咀嚼效率。因此修复的主要目的是恢复𬌗面应有的高度。采用高嵌体修复是比较理想的修复方式。由于高嵌体用合金制成，性能良好，能承受较大应力，不易破裂折断，也不易磨损，边缘性能好。可以高度磨光，对软组织刺激甚少。磨除的牙体组织少，牙体制备如图 3－8 所示。

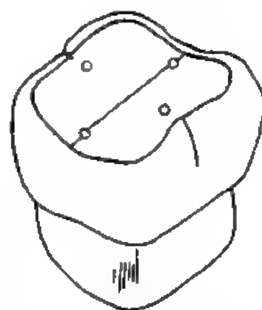


图 3－8　牙冠完整情况下高嵌体窝洞预备

铸造全冠修复 6|磨除牙体组织比较多，详见病例 265。

第二节　固定义齿

【病案 268】

患者，女，30 岁，教师。

主诉　要求修复上前门牙。

现病史　患者 3 年前因上前牙龋坏引起牙冠破坏及根尖周炎症，保守治疗效果不好而拔除。当时在当地医院修复缺失的牙齿。后因修复体松动脱落而来本院就诊。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。|1 缺失，缺牙间隙正常，牙槽嵴吸收不明显，余留牙无异常。中性𬌗关系，前牙覆𬌗、覆盖正常。颌骨及软组织无异常。

1. 诊断　|1 缺失。

2. 修复设计

(1) 双端固定桥修复 |1　以 1|2 为基牙，做双端固定桥修复。以铸造 3/4 冠作固位体，桥体舌侧为金属，唇侧塑料恢复外形。

(2)双端固定桥修复 2　以1|2为基牙,烤瓷熔附金属全冠固位修复。

(3)双端固定桥修复 3　以1|23为基牙修复。

(4)弹簧式固定桥　修复如图 3-9 所示。

(5)冷弯卡环,塑料基托修复　在双侧5|5放置隙卡固位。

3.设计讨论

(1)以1|和|2为基牙设计双端固定桥修复|1比较合理,1|及|2牙周及牙体形态均良好,能胜任负重反应,双侧选择 3/4 冠固位,使两端的固位力相接近。从牙周膜的面积及𬌗力比值来看也是合理的。

(2)以1|2为基牙烤瓷熔附金属全冠修复|1,优点是修复后牙体色泽及外形协调美观,不显露金属,缺点是基牙磨除牙体组织比较多,这种设计多用于基牙近切角缺损或有较大龋坏。

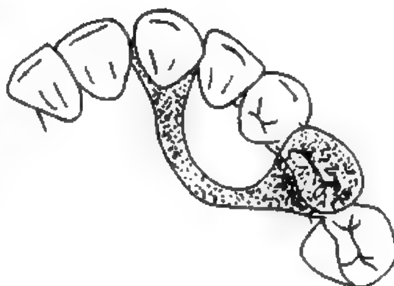


图 3-9　弹簧式固定桥

(3)以1|23为基牙修复可以使|2免受创伤,比较安全。因为|2的牙周膜面积小于|1,这种修复设计的缺点是在 3 个基牙上制备固位体,磨除的牙体组织过多,因此只有当|2比较脆弱时才选用此类设计。

(4)弹簧式固定桥修复,此种设计适用于患者对美观的要求较高,不愿意在缺隙的邻牙上制作固位体。它的固位体位于缺隙的远端(双尖牙),中间通过富有弹性的连接杆连接桥体。

(5)冷弯卡环和塑料基托修复,这种修复塑料基托在口腔内有异物感,体积比较大,且可摘局部义齿需经常取戴不方便,因此一般不选用这种修复设计。

【病案 269】

患者,男,50 岁,干部。

主诉　要求修复下前牙。

现病史　患者 5 年前下前牙牙龈经常出血,牙面有牙石沉积,没有到医院及时诊治,以后牙齿慢慢松动而拔除。随后以可摘局部义齿修复,因修复后常出现食物嵌塞而要求重新修复。

既往史　既往体健,嗜烟,20 支/d。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称,各部比例协调,张口度及张口型正常。1|1缺失区牙槽嵴有少量吸收,无明显的骨突及骨嵴,2|2无松动,叩诊(-),龈正常。|6见𬌗面有银色充填物,余牙无异常。中性𬌗,覆𬌗、覆盖正常,颌骨及软组织无异常。

1.诊断　1|1缺失。

2.修复设计

(1)以2|2为基牙,双端固定桥修复　固位选用 3/4 冠或烤瓷熔附金属全冠固位修复。

(2)冷弯卡环及塑料基托修复　修复见图 3－10。

(3)铸造舌杆修复　修复设计见图 3－11。

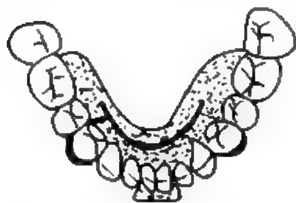


图 3－10　$\overline{1|1}$基托连接

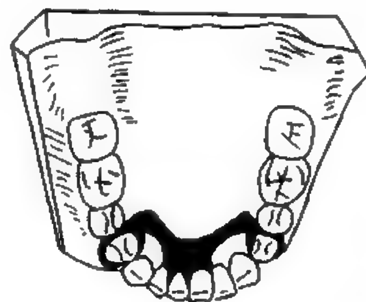


图 3－11　$\overline{1|1}$缺失以舌杆连接

3.设计讨论

(1)以$\overline{2|2}$为基牙修复$\overline{1|1}$　符合生物力学要求，因$\overline{2|2}$比$\overline{1|1}$大而且坚固，牙周膜面积大。另外$\overline{1|1}$受的力比较小。注意固位体选择固位力比较强的 3/4 冠或全冠。

(2)可摘局部义齿修复$\overline{1|1}$　优点是少磨除基牙组织，费用比较低，可自行取戴，对基牙的要求低。如$\overline{2|2}$患有牙周炎或轻度松动，不适应做基牙，可选用可摘局部义齿修复。铸造舌杆修复，一方面可以使修复体不容易折断，另外可以缩小基托面积，病人使用比较舒服。

【病案 270】

患者，女，20 岁，学生。

主诉　要求修复右上后牙。

现病史　患者 5 年前 $\underline{6|}$ 龋坏出现疼痛，以后时轻时重，一直没有诊治。半年前因 $\underline{6|}$ 残冠不能修复而将该牙拔除，现要求修复缺失牙。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称、各部分比例协调，张口度及张口型正常。$\underline{6|}$ 缺失，缺失处牙槽嵴吸收不明显，黏膜正常、邻牙无倾斜，对殆牙无伸长。$\overline{6|6}$殆面见银色充填物。中性殆关系，覆殆、覆盖正常。颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断　$\underline{6|}$ 缺失。

2.修复设计

(1)以 $\underline{75|}$ 为基牙作双端固定桥修复　固位体选用 3/4 冠或全冠固位。

(2)以 $\underline{75|}$ 为基牙作半固定修复　在固定端 $\underline{7|}$ 上作全冠或 3/4 冠固位体，活动端 $\underline{5|}$ 作邻殆嵌体并制备栓道。

(3)冷弯卡环和塑料基托修复　$\underline{7|}$ 和 $\underline{5|}$ 放置三臂卡环及殆支托，缺牙区两侧覆以塑料基托。

3.设计讨论

(1)以75| 为基牙作双端固定桥修复6| 是比较理想的修复设计，这种固定桥的𬌗力小于桥基牙所能承受𬌗力的耐受量。不会造成基牙的损伤。由于7| 比5| 强壮，注意5| 上固位形设计为3/4冠或全冠。

(2)由于7| 比5| 的牙周膜面积大，承受的𬌗力比较大，比较坚强而富有支持力，因此可以设计成半固定桥修复，7| 的负重反应大于5|，且屈矩反应大，故修复时7| 上固位体上的固位力应强大，才不会发生修复体的松动脱落。

(3)可摘局部义齿修复6| 缺失，磨除的牙体组织少，且取戴方便，使用于不愿磨牙的患者。

【病案271】

患者，男，25岁，职员。

主诉　要求修复上后牙。

现病史　患者右上后牙因为龋坏没有及时治疗导致牙冠破坏，留下残根，残根拔除后要求修复缺损牙。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。7| 缺失。8| 牙冠短小，颊侧倾斜，对𬌗牙无伸长，中性𬌗关系。覆𬌗、覆盖正常。颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断　7| 缺失。

2.修复设计

(1)以65| 为基牙单端固定桥设计。

(2)以86| 为基牙双端固定桥设计。

(3)可摘局部义齿修复，6| 上置双臂卡环，4|4放置隙卡。

(4)以6| 为基牙单端固定桥修复7|。

3.设计讨论

(1)以65| 为基牙作单端固定桥修复7|，适用于7| 𬌗力不大或对𬌗牙为黏膜支持式可摘义齿。固位体均设计为全冠，并将其固定连接。同时缩短7| 的近远中径，以减少杠杆作用力。因为当7| 承受𬌗力时，由于对抗杠杆作用力的旋转弧增大，从而增强了固定桥的抗力性。

(2)以86| 为基牙做双端固定桥修复86| 缺失，适用于8| 牙冠较大，形态及位置都比较正常时，由于本例患者8| 冠短小而且颊侧倾斜，故不适合此种设计。

(3)可摘局部义齿修复7| 缺失，基托的范围比较大，戴后病人会出现不习惯及不舒服，如果病人不愿意磨牙时可采取此种设计，注意对侧牙要放置间接固位体，防止义齿翘动。

(4)以6| 单端固定修复7|，仅仅考虑6| 的牙周膜面积大于7|，但从机械学原理和临床实践证明，这种单端固定桥会受到较大的杠杆作用力而造成基牙创伤，因而这种设计是不可取的。

【病案272】

患者,男,34岁,干部。

主诉 要求修复右下后牙。

现病史 患者右下后牙因楔状缺损没有及时治疗,致使患牙牙冠破坏折断,半年前、在当地医院拔除残根,拔除后未做修复,今就诊要求修复缺失的牙齿。

既往史 平素体健,吸烟10支/d。

家族史 无特殊。

检查 颌面部对称、无畸形,张口度及张口型正常,$\overline{4|}$缺失,邻牙无倾斜,无松动,对𬌗牙无伸长,$\frac{4|4}{|4}$颊面颈部见白色充填物,余牙无异常。中性𬌗关系,覆𬌗、覆盖正常,颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断 $\overline{4|}$缺失。

2.修复设计

(1)以$\overline{53|}$为基牙作双端固定桥修复。

(2)用铸造舌杆的可摘局部义齿修复。

3.设计讨论

(1)单个双尖牙的缺失一般都设计为双端固定桥修复,因$\overline{543|}$3颗牙齿承受的𬌗力及牙周膜面积差别不大。如果$\overline{5|}$缺失时在设计双端固定桥时应该注意$\overline{6|}$非常坚固,要使$\overline{6|}$与$\overline{4|}$的固位力接近平衡,$\overline{4|}$必须有良好的固位形,至少应将其设计为3/4冠,$\overline{6|}$的固位体可设计成针型高嵌体,在其近中片切面内加轴沟或盒形固位。

(2)利用可摘局部义齿修复$\overline{4|}$时,注意将卡环向后放置,以免露出金属影响美观,可以把卡环放在$\overline{6|}$的远中及$\overline{5|}$的近中,铸造卡环通过舌杆与缺牙区相连,一方面可减少修复体的体积,另外可以使修复体有足够的强度。

【病案273】

患者,男,20岁,个体。

主诉 要求修复上前牙。

现病史 患者2个月前因外伤导致上前牙折断,因同时有冠根折而拔除。因影响美观及发音现要求修复缺损牙。

既往史 平素体健,无不良嗜好。

家族史 无特殊。

检查 颌面部对称无畸形,张口度及张口型正常。$\underline{1|1}$缺失,邻牙无倾斜、无松动。余牙无异常,中性𬌗关系,覆𬌗、覆盖正常,颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断 $\underline{1|1}$缺失。

2.修复设计

(1)以$\underline{2|2}$为基牙作双端固定桥修复。

(2)以$\underline{32|23}$为基牙作双端固定桥修复。

(3)以可摘局部义齿修复。

3.设计讨论

(1)以2|2为基牙作双端固定桥修复对本例患者不合适，因为2|2牙周膜面积的总和小于1|1的牙周膜面积，而且上颌前牙的长轴又向唇侧倾斜，在切割食物时，承受着较大的非轴向力；固定桥呈弧形，桥体位于两基牙殆面中心点连线外，可以产生杠杆作用力，故基牙2|2易受创伤，固位体也易松动脱落。但在有些病案如果1|1缺失后，缺隙已缩小，前牙咬合接触不紧或为开殆，同时2|2牙体、牙周条件均较好的患者，可以考虑设计为此种类型。

(2)以32|23为基牙修复1|1，从力学方面来看是可行的，但因为基牙数目多，磨除的牙体组织较多，从保护牙体组织的原则来看是不恰当的。

(3)以可摘局部义齿修复1|1，可用于患者不愿磨牙的例子，此种设计注意固位体的位置，常置于双尖牙区，不影响美观。基托伸展的范围到第二双尖牙的远中。

【病案274】

患者，男，30岁，工人。

主诉　要求修复上前牙。

现病史　患者因为外伤导致上前牙完全脱位，没有及时再植，造成上前牙缺失，因影响美观及功能现就诊要求修复。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称无畸形，张口度及张口型正常。21|12缺失，3|3牙体正常。无松动，余牙无异常。中性殆关系，覆殆、覆盖正常。颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断　21|12缺失。

2.修复设计

(1)以3|3为基牙作双端固定桥修复。

(2)以43|34为基牙作双端固定桥修复。

(3)局部可摘义齿修复。

3.设计讨论

(1)以3|3为基牙作双端固定桥修复适用于本例患者，因3|3牙形及牙周情况良好，咬合关系正常。设计时要注意在3|3上设计固位良好的固位体，采用3/4冠或全冠固位。用3/4冠固位体时，将远中片切面尽可能向唇面伸延扩展。远中邻轴沟加长、加深，这样设计的固定桥，虽然基牙牙周膜面积的总和略小于缺失牙的牙周膜面积总和，但效果较好。

(2)以43|34为基牙修复21|12缺失，基牙数目多，桥体较长，操作技术要求高，只有当病人口腔情况不适合作上述第一种设计修复时，才采用此种设计。如牙弓前段突度大，固定桥受力时的杠杆作用力大，同时3|3冠呈菱形，切缘很薄，设计固位体固位力小时，才采用这种设计。

(3)可摘局部义齿修复适用于患者不愿磨牙，或3|3情况差不能承受较大殆力的患

者。固位体多采用隙卡，基托向后伸展到第二双尖牙处。

【病案 275】

患者，女，28 岁，职员。

主诉 要求修复左上前牙。

现病史 患者 2 年前发现左上前牙有 1 颗牙松动，在当地医院就诊后，被诊断为"左上乳侧切牙滞留"，以后该牙松度越来越严重，于 2 个月前脱落，现就诊要求修复缺失牙。

既往史 平素体健，无不良嗜好。

家族史 无特殊。

检查 颌面部对称无畸形，张口度及张口型正常。|2 缺失，|13 形态正常，无松动，|2 缺隙比较小。覆𬌗、覆盖正常，中性𬌗关系，余牙无异常。颌骨及口腔软组织无异常。

1. 诊断 |2 缺失。

2. 修复设计

(1)|13 为基牙作双端固定桥修复。

(2)以|3 为基牙单端固定桥修复。

(3)弹簧式固定桥修复。

3. 设计讨论

(1)以|13 为基牙作双端固定桥修复，从支持力来看，此种修复设计较好。因|13 基牙所能负担的𬌗力远大于桥体|2。

(2)此例患者因为滞留乳牙脱落造成|2 缺失，缺隙不大，且|3 牙冠外形正常。因此可以设计成以|3 为基牙的单端固定桥，|3 上的固位体要选固位力强的固位体如烤瓷熔附金属全冠。另外必须做好咬合调整，以减轻单端桥所受的杠杆作用力，从而提高固定桥的修复效果。

(3)以弹簧式固定桥修复|2 用于患者对美观的要求高，又不愿意在缺隙的邻牙上制作固位体时。它的固位体可选用全冠，基牙为双尖牙，基牙与缺牙区通过连接杆相连，参考图 3－9。

【病案 276】

患者，女，35 岁，职员。

主诉 要求修复右下缺牙。

现病史 患者右下侧切牙和第一双尖牙由于龋坏不能保留于 2 年前拔除。拔除后在附近医院以基托相连的可摘局部义齿修复，修复后因感觉修复体积大不舒适及每天取戴太麻烦而要求固定修复。

既往史 平素体健，无不良嗜好。

家族史 否认家族遗传病患者。

检查 颌面部对称，各部分比例协调。张口度及张口型正常。42| 缺失，缺牙处牙槽骨嵴轻度吸收，531| 无倾斜，无松动。|7 远中𬌗面龋 II 度。余牙无异常，中性𬌗关系，覆𬌗、覆盖正常，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)42|缺失。

(2)|7远中殆面龋Ⅱ度。

2.修复设计

(1)以531|为基牙的完全固定桥修复。

(2)以53|为基牙的复合固定桥修复。具体设计为以53|为基牙,做双端固定桥修复4|。又将3|的固位体的近中端延伸,以单端固定桥修复2|。

3.设计讨论

(1)以531|为基牙作完全固定桥修复42|,从基牙和缺失牙的牙周膜面积以及承受的殆力分布来看是符合要求的。但是1|是全口最小最弱的牙,对支持也起不到多大的作用。而且1|的牙冠薄而窄,制备固位体时,难以取得良好的固位。同时选择的基牙多,磨除的牙体组织也多。

(2)以53|作基牙设计成复合固定桥是比较好的修复设计。从承受的殆力来看5|稍大于4|,而3|承受的殆力远大于2|,所以可以以3|为基牙单端固定桥修复2|,以53|作基牙双端固定桥修复4|。从牙周膜面积来看基牙的牙周膜面积大于缺失牙的牙周膜面积,另外基牙选择少,磨除的牙体组织少,桥体短,所受的扭力也小。

【病案277】

患者,男,40岁,公务员。

主诉　要求修复右上颌牙。

现病史　患者右上第二双尖牙4年前因根尖周炎而做过根管治疗及充填修复,2年前因咬硬物造成牙折而拔除。右上侧切牙因龋坏于半年前拔除。牙缺失后没有制作修复体修复,今因影响美观而要求固定修复。

既往史　下颌前牙有牙周炎病史5年,嗜烟10支/d,酒150 g/d。

家族史　否认家族中有遗传病患者。

检查　颌面部对称,各部分比例协调,张口度及张口型正常。52|缺失。缺隙两侧基牙无倾斜,21|12龈萎缩,牙冠伸长,松动不明显,余牙无异常。中性殆关系,前牙覆殆、覆盖正常。颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)52|缺失。

(2)21|12牙周炎。

2.修复设计

(1)选用31|和64|为基牙,设计两个双端固定桥修复。

(2)以643|为基牙,设计复合固定桥修复。即以64|为基牙作双端固定桥修复5|,以3|为基牙作单端固定桥修复2|,并将3|和4|上的固位体固定连接在一起。

3.设计讨论

(1)以31|和64|为基牙设计两个双端固定桥修复2|和5|比较合理。从支持力来看,此种修复设计比较好。因为基牙31|和64|所能负担的殆力远大于桥体2|和5|。

应该注意的是在修复$\underline{5|}$时，基牙$\underline{6|}$是牙列中最坚固的牙，为了使$\underline{64|}$固位体上的固位力能接近平衡，$\underline{4|}$上的固位体必须有良好的固位形，如设计成3/4冠和全冠。在有些病案中如果$\underline{6|}$近中倾斜，可以设计成半固定桥修复$\underline{5|}$，即$\underline{6|}$上的固位体设计成3/4冠或全冠而将活动连接端的栓道放在$\underline{4|}$的远中殆嵌体上。

(2)以$\underline{643|}$为基牙用复合固定桥修复$\underline{52|}$比较理想。首先减少$\underline{1|}$为基牙，可以少磨除牙体组织，少露金属。另外用$\underline{643|}$基牙联合支持$\underline{2|}$，比单独用$\underline{3|}$支持$\underline{2|}$的单端固定桥抗扭作用更强，还有$\underline{6|}$和$\underline{3|}$都是牙弓中比较坚固的牙，用固定桥将其连成整体，在支持力及抗扭力的效果方面更为满意。

【病案278】

患者，女，50岁，工人。

主诉 要求修复右下缺牙。

现病史 患者3年前因右下第一磨牙龋坏不能修复而拔除。拔除后3个月在附近医院以可摘局部义齿修复。右下尖牙因为楔状缺损没有及时治疗导致牙根尖周大部分破坏于3个月前拔除，现就诊要求固定修复右下颌缺失牙。

既往史 有复发性阿弗他溃疡病史，无不良嗜好。

家族史 患者母亲有复发性阿弗他溃疡病史，否认其他家族性遗传病史。

检查 颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。$\overline{63|}$缺失，$\overline{6|}$缺失处牙槽嵴有吸收，$\overline{54|}$外形及位置正常，无松动。$\underline{6|}$残根，$\underline{43|34}$楔状缺损，余牙无异常。中性殆关系，前牙深覆殆。颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)$\overline{63|}$缺失。

(2)$\underline{6|}$残根。

(3)$\underline{43|34}$楔状缺损。

2.修复设计

(1)分别以$\overline{75|}$、$\overline{42|}$为基牙设计两个固定桥修复。

(2)以$\overline{7452|}$为基牙作完全固定桥修复。

(3)以$\overline{754|}$为基牙作复合固定桥修复。以$\overline{75|}$为基牙双端固定桥修复$\overline{6|}$，并将$\overline{54|}$上固位体连接起来，以单端固定桥修复$\overline{3|}$。

3.设计讨论

(1)第一种设计中以$\overline{75|}$为基牙做双端固定桥修复$\overline{6|}$是可行的。但是以$\overline{42|}$为基牙修复$\overline{3|}$则一般效果不好。因为$\overline{2|}$冠根均小而短，支持能力较弱，而$\overline{3|}$位于口角，承受的殆力较大，义齿在受力时容易造成$\overline{2|}$的损伤。所以这种修复设计不太理想。

(2)第二种设计形成一个长桥修复$\overline{63|}$，$\overline{7542|}$为基牙。这种设计的固定桥两端的基牙$\overline{7|}$和$\overline{2|}$无论牙体还是牙周条件相差都很大，因此两端固位体的固位力相差悬殊，$\overline{2|}$上固位体的固位力差，容易松动脱落。另外，这种修复设计的固定桥比较长，包括6个牙位，且经过口角，因此不容易取得共同就位道。这种修复设计不理想。

(3)第三种设计为复合固定桥。以$\overline{75|}$为基牙双端固定桥修复$\overline{6|}$比较合理。再以$\overline{54|}$

为基牙作单端固定桥修复3|，固位体采用3/4冠并将54|上的固位体固定连接。这样可以增大基牙的旋转弧，以对抗扭力，从而增加固定桥的固位，还可以避免因选用前牙为基牙而显露金属的缺点，是比较理想的修复设计。但注意在制作桥体时调整咬合关系，以减少固定桥所受的杠杆作用力。

第三节 可摘局部义齿

【病案279】

患者，男，60岁，退休。

主诉 要求修复双下后牙。

现病史 患者双下侧后牙因为龋坏没有及时治疗，牙齿破坏严重而陆续拔除，导致双下后牙丧失，因影响咀嚼而要求就诊。

既往史 高血压10年，烟15支/d。

家族史 无特殊。

检查 颌面部对称，面部各比例对称协调，咬合时面下1/3稍短。8765|5678缺失，牙槽骨吸收，4|4牙体形态正常，无倾斜，无松动，对殆牙无伸长。咬合时前牙深覆殆，缺牙区黏膜到对颌牙间的垂直距离尚可。余牙无异常，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断 8765|5678缺失。

2.修复设计

(1)可摘局部义齿设计1 见图3-12。

(2)可摘局部义齿设计2 见图3-13。



图3-12 8765|5678缺失以舌杆和连接杆连接



图3-13 8765|5678缺失以应力缓冲连接体连接

3.设计讨论 该例患者双侧后牙游离缺失，为Kennedy第一类牙列缺损，支点线为横线式，修复体容易沿支点线旋转，直接固位体常成为支点，且可因黏性食物而使义齿后端顺位翘起。因此须在支点线前方增加间接固位体固位。如图3-12中的连接杆及图3-13中的有弹性的连接体均可以增强义齿的固位。由于该型缺损位于双侧后牙，所以需要使用大连接体将各部分连成一个整体，将殆力分布和传递于基牙和相邻的支持组织，以减

小咀嚼时基牙所承受的扭力和负荷，减小基托面积，防止支持组织受压，同时又可增强义齿的强度。本例患者使用的大连接体有舌杆、有弹性的连接体等。

【病案 280】

患者，女，55岁，工人。

主诉 要求修复上后牙。

现病史 患者双侧上颌后牙3年前出现轻度松动，当时被诊断为"牙周炎"，没有及时治疗，以后松动度加大而拔除，拔除后没有制作过修复体，今要求修复上后牙。

既往史 有牙周炎病史，无不良嗜好。

家族史 无特殊。

检查 颌面部对称，无畸形。张口度及张口型正常。$\frac{876 | 678}{865 | 458}$缺失，缺失处牙槽嵴丰满。54 | 45牙体形态正常，无松动及叩痛，对殆牙无伸长，余牙无异常，865 | 458缺失处已修复。前牙覆殆、覆盖正常。腭顶高而深。颌骨及口腔软组织无异常。

1. 诊断 $\frac{876 | 678}{865 | 458}$缺失。

2. 修复设计 用铸造腭杆的可摘局部义齿修复，如图3-14。

3. 设计讨论 本例患者属于Kennedy第一类牙列缺损，使用的大连接体为后腭杆，因其腭顶高而深，避免舌头受刺激及减轻不适感。

在选择直接固位体方面选用RPI卡环组，它包括近中殆支托、邻面板及I杆。此类卡环常用于远中游离端缺牙的牙列缺损。在此类缺损中使用近中殆支托比远中殆支托好。因为在使用近中殆支托时，产生第二类杠杆，鞍基和卡环同时下沉，卡环和基牙不接触，基牙所受的扭力小，同时近中支托的小连接体还有对抗义齿向后脱位的作用，防止基牙向远中倾斜。I型卡环臂与牙的接触面小，美观，易清洁，当垂直殆力加于鞍基上时，I型杆在近中龈区离开牙齿，邻面板也移到倒凹区，可以减小对基牙的扭力，目前在远中游离端义齿中，应用RPI卡环组被认为是比较理想的设计之一。RPI组卡环见图3-15。

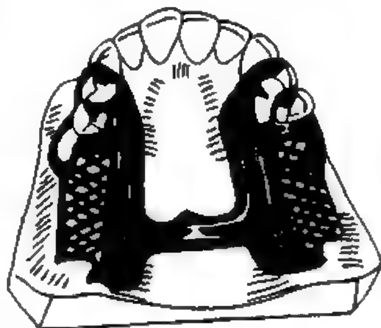


图3-14 876 | 678缺失以腭杆连接

【病案 281】

患者，女，60岁，退休。

主诉 要求修复双下后牙。

现病史 患者十几年前双下后牙出现龋坏，当时进行充填治疗。几年后充填物脱落，没有进一步处理，导致牙齿破坏严重而陆续拔除。拔除后曾做修复治疗，因修复体意外损坏而要求重新修复。

既往史 患冠心病10年。

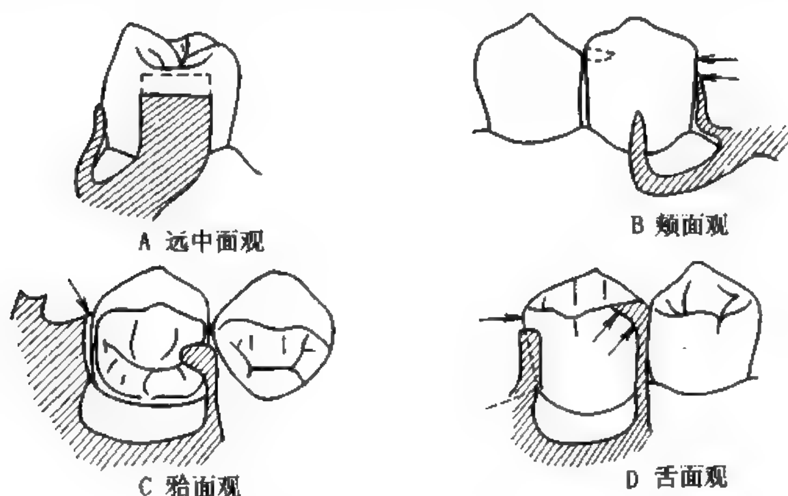


图 3-15　RPI 卡环组在基牙上的各面观

家族史　无特殊。

检查　颌面部对称，无畸形，张口度及张口型正常。$\overline{876|678}$缺失处牙槽嵴轻度吸收，邻牙无倾斜，$\underline{|6}$近中邻面龋Ⅱ度，$\underline{5|}$缺失，$\underline{64|}$双端固定桥修复$\underline{5|}$，余牙无异常。前牙覆𬌗、覆盖正常，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)$\dfrac{5|}{876|678}$缺失。

(2)$\underline{|6}$近中邻面龋Ⅱ度。

2.修复设计

(1)可摘局部义齿修复，以舌板连接，如图 3-16。

(2)可摘局部义齿修复，以舌杆连接，如图 3-17。

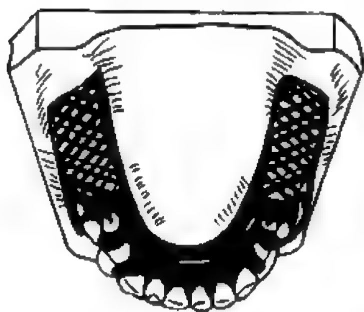


图 3-16　$\overline{876|678}$缺失以舌板连接



图 3-17　$\overline{876|678}$缺失以舌杆连接

3.设计讨论　本例患者属于 Kennedy 第一类牙列缺损，因此在设计时防止义齿沿垂直轴、纵轴和主要支点线旋转，是设计此类义齿的重点。因其有两侧游离鞍基，因此常需

有大连接体连接，以便获得固位和平衡，并使殆力分散，同时也可达到牙弓两侧有交互夹板作用，下殆大连接体常用者为舌杆和舌面板。

第一种设计中使用的是舌板连接，舌面板可以用于口底太浅不能使用舌杆者，舌面板还可以起到间接固位作用，防止义齿从后部翘起，保护前牙。该设计中使用的直接固位体是RPI卡环组。

第二种设计中使用的大连接体为舌杆。直接固位体为5|5上的圆环形卡环，因为该例为双端游离缺失，义齿游离端翘动，需增加间接固位体以加强稳定和固位效果。间接固位体常放在支点线一侧的余牙和黏膜上，本设计中的间接固位体为4|4上的近中殆支托。

【病案282】

患者，男，65岁，退休。

主诉　要求修复上颌缺牙。

现病史　患者20年前患有牙周炎，时轻时重，以后出现牙齿伸长和松动，有些松动牙自然脱落，有些在医院拔除。拔除后曾做修复处理，因最近又拔除上颌松动牙，导致原修复体不能继续使用而要求修复。

既往史　牙周病史20年，高血压病史10年。

家族史　患者父亲有牙周病史。

检查　颌面部对称，无畸形，颌面部各比例协调。张口度及张口型正常。$\frac{875421|124567}{87654321|12345678}$缺失，63|3牙冠伸长，无松动，叩诊(－)，缺牙区牙槽嵴轻度吸收，下殆为可摘局部义齿，中性殆关系，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断　$\frac{875421|124567}{87654321|12345678}$缺失。

2.修复设计　可摘局部义齿修复，采用锻丝卡环及塑料基托，修复设计见图3－18。

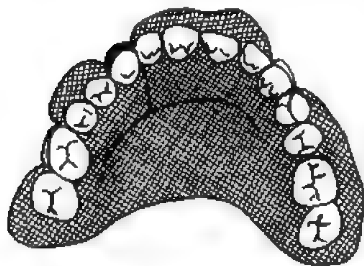


图3－18　875421|124567缺失塑料基托修复

3.设计讨论　本例患者属于Kennedy分类中第一类第二亚类，由于该例牙列缺失中失牙数目过多，因此在设计中要考虑散压设计，将殆力的大部分由黏膜承担。基托要宽大，一如全口义齿，即加大义齿与黏膜的接触面积，由于余牙数目少，故牙齿承担的殆力要减轻，以免引起牙齿的松动。设计时卡环可以不带支托，采用弹性大的金属丝卡环。为了减少牙槽嵴的负担，在有些病案还可以少排一双尖牙或磨牙，使牙列变短，殆力减小。

【病案283】

患者，女，40岁，农民。

主诉　要求修复右下后牙。

现病史　患者2年前患三叉神经痛，疼痛范围为右下颌，当地医院误诊为"右下颌牙髓炎"而相继拔除右下颌后牙。现病人要求修复缺失牙以恢复咀嚼功能。

既往史　2年前患三叉神经痛，无不良嗜好。

家族史　家族中无遗传性疾病及同类病患者。

检查　颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。$\overline{87654|8}$缺失，缺失处牙槽嵴轻度吸收，邻牙无倾斜、对𬌗牙伸长不明显，$\underline{|6}$𬌗面龋Ⅱ度，余牙无异常。中性𬌗关系，覆𬌗、覆盖正常。颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)$\overline{87654|8}$缺失。

(2)$\underline{|6}$𬌗面龋Ⅱ度。

2.修复设计

(1)以舌杆连接的可摘局部义齿修复，如图3－19。

(2)以基托连接的可摘局部义齿修复，如图3－20。

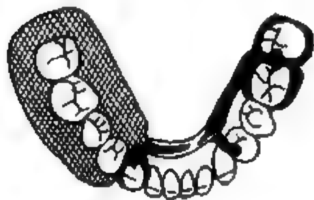


图3－19　$\overline{87654|8}$缺失以舌杆连接



图3－20　$\overline{87654|8}$缺失以基托连接

3.设计讨论　本例患者属于Kennedy第二类牙列缺损，即牙弓一侧为游离缺失。因其系单侧远中游离缺失，故常设计成天然牙和黏膜共同支持式义齿。

在此类缺损中，常在游离端基牙上有一直接固位体，在咀嚼活动时易沿支点线发生旋转，难于保持义齿于功能位置上，所以在设计时，必须在牙弓对侧获得固位，可以放置卡环及支托。在游离端对侧牙弓上放置卡环，可以防止义齿做侧向水平运动。要防止义齿沿支点线做垂直回转运动，可以在支点线对侧适当牙上放固位体(如间接固位体支托等)，以防止义齿沿支点线回转。如第一种设计中在$\overline{3|}$放置圆环形卡环及$\overline{|67}$联合卡环固位，然后在$\overline{|4}$放置近中𬌗支托作间接固位体。第二种设计方案基于相同的原理，不同处在于卡环为有弹性的金属丝卡环。

同时为了分散𬌗力，保持义齿的平衡和固位，连接双侧牙弓的卡环，必须使用大连接体，如第一种设计中的舌杆和第二种设计中的基托。

【病案284】

患者，男，63岁，工人。

主诉　要求修复下颌缺失牙。

现病史　患者右侧下后牙因为邻面龋坏没有治疗导致牙齿缺失。左侧下颌第二双尖牙3年前因牙颈部楔状缺损，致使牙冠折断而拔除残根。左侧后牙因龋坏而缺失，近期拔

除残根。现要求修复缺失牙。

既往史　有糖尿病史5年，吸烟20支/d。

家族史　无同类病患者及遗传性疾病患者。

检查　颌面部对称，各比例关系协调，张口度及张口型正常。$\overline{65|5678}$缺失，缺失处牙槽骨有吸收，邻牙无明显倾斜，对殆牙有轻度伸长。$\frac{54|45}{4|4}$颈部有楔状缺损，余牙无异常，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)$\overline{65|5678}$缺失。

(2)$\frac{54|45}{4|4}$楔状缺损。

2.修复设计

(1)以舌杆连接的可摘局部义齿修复，如图3－21。

(2)以舌面板相连接的可摘局部义齿设计，如图3－22。

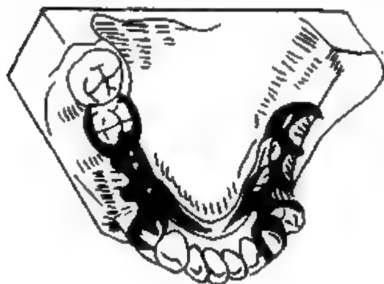


图3－21　$\overline{65|5678}$缺失以舌杆连接

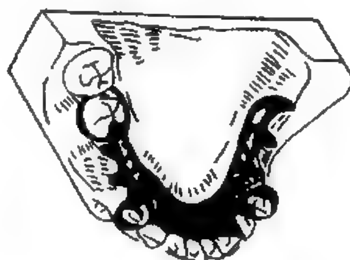


图3－22　$\overline{65|5678}$缺失以舌板连接

3.设计讨论　本例缺损为Kennedy第二类牙列缺损第一亚类，除有单侧远中游离缺失外，在余留的天然牙间尚另有1个缺牙间隙。此类缺损可在邻缺隙的3个基牙上放置卡环，形成支架，可以分散殆力及获得平衡固位，因此支点线相交构成平面，有利于义齿的平衡，通常勿需再加间接固位体。

同时为了连接双侧牙弓的卡环、分散殆力和取得义齿的平衡和固位，也需利用大连接体。下颌牙修复可用舌杆或舌板，通常舌板用于支点线前方的基牙较弱的情况，或口底浅、倒凹太深而不宜采用舌杆者。

【病案285】

患者，女，45岁，干部。

主诉　要求修复上颌缺失牙。

现病史　患者右侧上颌磨牙因为龋坏严重于2年前拔除，右侧上颌第二双尖牙及左侧上颌后牙残根于2个月前拔除，拔除后要求修复缺失牙齿，以恢复咀嚼。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　家族中无遗传病患者。

检查　颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。$\frac{8765|568}{65|54}$缺失，上颌缺牙处牙槽嵴轻度吸收，下颌缺牙处已以可摘局部局齿修复，$\frac{4|4}{4|}$楔状缺损，$\underline{|1}$近中邻面龋，中性殆关系，前牙超覆殆，腭顶高而深，腭皱襞显著，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)$\frac{8765|568}{65|45}$缺失。

(2)$\frac{4|4}{4|}$楔状缺损。

(3)$\underline{|1}$近中邻面龋Ⅱ度。

2.修复设计　以腭杆连接的可摘局部义齿修复，如图3－23。

3.设计讨论　本例牙列缺损属于Kennedy第二类牙列缺损第一亚类。故设计时可在游离端基牙及缺隙两侧的基牙上放卡环，以获得固位，还可以分散殆力，由此可以看到这类缺损设计的支点线为平面式，平衡也比较好。直接固位体的设计在游离端基牙上，最好采用近中殆支托或RPI卡环组以防止基牙向远中倾斜。缺隙侧基牙可放置固位力强的固位体，如圆环形卡环。

缺隙位于两侧牙弓上，故需用大连接体连接卡环，同时还可以分散殆力，增强固位与平衡，由于本例患者腭顶高而深，腭皱襞显著，故设计为前腭杆和后腭杆连接，前后腭杆之间以侧腭杆连接。

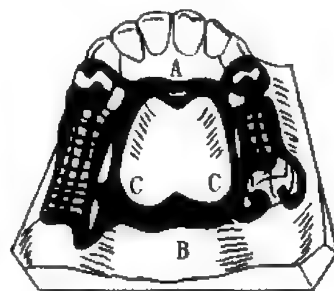


图3－23　$\underline{8765|568}$**缺失以腭杆连接**

A前腭杆　B后腭杆　C侧腭杆

【病案286】

患者，女，30岁，职员。

主诉　要求修复右上颌缺失牙。

现病史　患者5年前右上双尖牙患龋坏，导致根尖周炎在当地医院治疗，治疗方法不详。治疗后2年由于重新发生根尖周炎而拔除。右上颌第一磨牙由于龋坏没有及时修复，进食时发生冠根裂而拔除。1年前在当地医院修复缺损牙，因使用时修复体出现翘动及基牙疼痛而要求重新修复。

既往史　平素体健，无不良嗜好。

家族史　无家族性遗传病。

检查　颌面部对称、各部分比例协调，张口度及张口型正常。$\underline{8654|8}$缺失，$\underline{|5}$近中邻面龋Ⅱ度，$\overline{|6}$殆面龋Ⅰ度，缺隙处牙槽嵴吸收明显。对殆牙轻度伸长，余牙无异常，中性殆关系，前牙深覆殆，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)$\underline{8654|8}$缺失。

(2)|5近中邻面龋Ⅱ度。

(3)|6殆面龋Ⅰ度。

2.修复设计

(1)原有的修复体,如图3-24。

(2)用以基托连接的可摘局部义齿设计,如图3-25

(3)用以腭杆连接的可摘局部义齿修复,如图3-26.



图3-24　8654|8缺失

3.设计讨论　本例患者牙列缺损属于Kennedy第三类牙列缺损,即缺牙间隙两侧均有天然牙存在。

本类缺损可摘局部义齿的殆力传导主要是靠基牙,鞍基仅有功能性辅助作用,故使用强壮的基牙及强有力的直接固位体。但本例患者缺牙间隙较长,缺隙在一侧牙弓,仅靠一侧基牙支持,基牙可能因承受不正常的殆力而出现疼痛。另外它的支点线为纵线式,所以在使用时易出现翘动不稳定,如图3-24。

因此在设计时,在对侧牙弓上放置有间接固位作用的卡

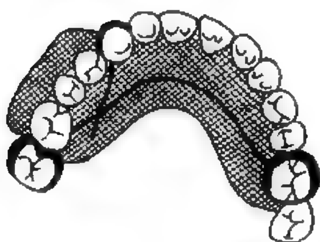


图3-25　8654|8缺失以基托连接的义齿

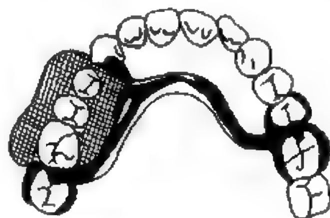


图3-26　8654|8缺失以腭杆连接的义齿

环,间接固位体常放在平分支点线的垂直线前方的牙位上,如本例设计中放在|56上。这样以利用两侧牙弓支持,减轻基牙的负担。

两侧牙弓上的固位体需用大连接体连接,如设计图中的基托和腭杆。前腭杆多用于腭顶低平、腭皱襞不显著者,起到连接、支持、稳定的作用。后腭杆多用于腭顶高而深、腭皱襞显著者。

【病案287】

患者,男,67岁,退休。

主诉　要求修复下颌缺失牙。

现病史　患者5年前因牙周炎出现牙齿松动脱落,当时脱落的牙齿为双侧后牙。在附近医院以可摘局部义齿修复,效果尚可,3个月前因下前牙松动而拔除,原有的修复体不合适而要求重新修复。

既往史　牙周炎病史10年,嗜烟15支/d。

家族史　患者父亲有牙周炎病史,无其他遗传病病史。

检查 颌面部对称，面部各部分比例协调，张口度及张口型正常 $\frac{87654321|12345678}{7621|1267}$缺失，上殆为上半口义齿修复，下殆缺牙处牙槽嵴吸收严重。8|8牙冠外形正常，向近中轻度倾斜，543|345无松动，龈缘轻度退缩。咬合关系正常，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)上颌牙列缺失。

(2)7621|1267缺失。

2.修复设计 以舌杆连接的可摘局部义齿修复，如图3-27。

3.设计讨论 本例缺损属于Kennedy第三类牙列缺损第一亚类。由于牙弓两侧均有失牙间隙，因此可以选用缺隙两端的4个基牙上放置直接固位体，这种设计的支点线为平面式，故义齿的稳定性好。固位体选用固位力强的圆环形卡环，使可摘局部义齿的殆力主要由基牙传导。

双侧牙弓的卡环及修复体要由大连接体——舌杆连接，使牙弓两侧的鞍基有交互作用，同时将其他缺隙如前牙连在一起，使义齿成为一个整体，有利于义齿的稳定。



图3-27 7621|1267缺失以舌杆连接

【病案288】

患者，男，28岁，职员。

主诉 要求修复上前牙。

现病史 患者于3个月前受到外伤，导致下颌骨骨折及上前牙牙折及脱位，上前牙不能保留而造成牙齿缺失，因影响美观及咀嚼功能而要求修复。

既往史 平素体健，无不良嗜好。

家族史 无家族性遗传疾病。

检查 颌面部对称，各部分比例协调，张口度及张口型正常。321|123缺失，缺损处唇侧牙槽骨有缺失，唇系带位置正常。8|8因阻生而拔除。8|8近中低位阻生，余牙无异常。中性殆关系，前牙区覆殆、覆盖正常，颌骨及口腔软组织无异常。

1.诊断

(1)8321|1238缺失。

(2)8|8近中低位阻生。

2.修复设计

(1)可摘局部义齿修复设计1 以基托连接，如图3-28。

(2)可摘局部义齿修复设计2 以腭板连接，如图3-29。

(3)可摘局部义齿修复设计3 以腭杆和腭板连接，如图3-30。



图 3-28　8321|1238缺失以基托连接

3.设计讨论　本例牙列缺损属于 Kennedy 第四类牙列缺损，失牙间隙在牙弓的前端，而且超过中线，因此义齿设计常需用黏膜和天然牙共同支持。

此类义齿直接固位体放在缺隙两侧的基牙上，因此其支点线为横线式，义齿经受殆力后常沿支点线旋转运动。为了防止这种运动，向前的杠杆臂越长，则对抗平衡的间接固位体须越向远中伸展，如本例设计中将间隙固位体位置于7|7上。

这类义齿基牙所受扭力小，但当左右咀嚼活动时，基牙会受到侧方压，因而可加用后腭杆，如图 3-30，或

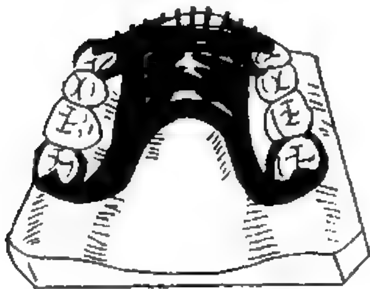


图 3-29　8321|1238缺失以腭板连接

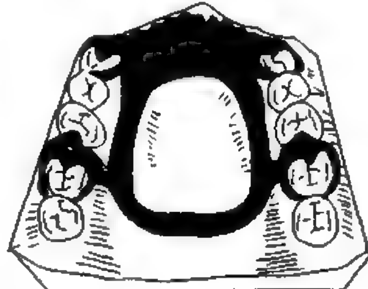


图 3-30　8321|1238缺失以腭杆和腭板连接

将基托范围向后伸，如图 3-28。此例患者前牙缺失数目多，被覆的组织面积大，因此用大连接体如腭杆、腭板连接，或塑料基托连接。

若患者因为在基牙上放置卡环影响美观而不愿意在缺隙两侧基牙上放置卡环，可以将卡环位置向后放在5|5上，卡环用隙卡，另在双侧后磨牙上放置卡环，平衡固位，如第一种设计。

第四章　口腔正畸学

第一节　牙列拥挤与稀疏

【病案 289】

患者，男，21 岁。

检查　面形较长，面下 1/3 高度为 65 mm。牙列式：$\frac{87654321|12345678}{87654321|12345678}$，上颌双侧尖牙唇侧错位，两侧第一恒磨牙远中关系（尖对尖）、反殆，$\frac{8|8}{8|8}$咬合关系不良，前牙覆殆、覆盖正常。上下中线一致，均偏左 1.5 mm。张口度正常，开口初关节弹响。

1. 诊断　Angle Ⅱ类 1 分类错殆。

2. 治疗计划

(1) 拔除$\frac{84|48}{8|8}$。

(2) 排齐牙，调整磨牙完全远中关系。

(3) $\frac{6|6}{6|6}$反殆解除。

3. 矫治过程

(1) $\frac{76|67}{76|67}$带环，$\frac{5\ 321|123\ 5}{54321|12345}$贴方丝弓托槽，钛镍合金丝排齐。

(2) 上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝，链状橡皮圈牵引关闭拔牙间隙并调整中线。

(3) 上下颌换 0.43 mm×0.63 mm 钛镍合金丝。

(4) 上颌换 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢丝在$\underline{765|567}$处加负转矩，进一步调整后牙覆殆。

(5) 上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 不锈钢完成弓丝。

4. 矫治结果　牙齿排齐，$\frac{6|6}{6|6}$反殆解除，完全远中关系，前牙浅覆殆、浅覆盖。关节症状减轻。

5. 矫治体会

(1) 利用$\underline{4|4}$拔牙间隙可将尖牙排入牙列并调整中线，剩余间隙由后牙前移关闭。为简化疗程，其下颌牙列无拥挤，不必拔牙，这样，上颌后牙前移最终形成$\frac{6|6}{6|6}$完全远中关系，而完全远中关系亦为一种稳态，有利于其关节症状的改善。

(2)双侧第二恒磨牙参与治疗，有利于$\frac{6|6}{6|6}$反殆的解除。

(3)第三恒磨牙咬合关系不良，也是诱发关节症状的重要因素，故需拔除。

【病案290】

患者，女，21岁。

检查　面形稍突，下颌后缩。牙列式$\frac{87654321|12345678}{7654321|1234567}$。$\frac{6|6}{|6}$龋齿已充填，$\frac{3|3}{|4}$唇向错位，$\overline{2|}$舌向错位，$\frac{6|6}{6|6}$远中错殆关系，前牙覆殆Ⅰ度、覆盖Ⅱ度。

1.诊断　Angle Ⅱ类Ⅰ分类错殆。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{6|6}{5|}$。

(2)磨牙前移关闭拔牙间隙，前牙少许内收。

3.矫治过程

(1)$\frac{7|7}{6|6}$带环，$\frac{54321|12345}{4321|12345}$贴托槽，排齐上下牙，$\underline{3|3}$弓丝暂不入槽。

(2)上下颌换0.40 mm不锈钢丝，链状橡皮圈顺次将$\underline{5|5}$及$\underline{4|4}$后移。

(3)上颌$\underline{432|234}$分别用0.36 mm片断钛镍合金丝排$\underline{3|3}$入牙列。下颌换0.45 mm不锈钢丝，$\overline{64321|123456}$"8"字连扎，链状橡皮圈牵引$\overline{6|}$近中移动，在$\overline{6|}$加大后倾曲角度

(4)上颌换0.45 mm不锈钢丝，$\underline{4321|1234}$"8"字连扎，链状橡皮圈拉$\underline{7|7}$向前关闭间隙。

4.矫治结果　$\frac{7|}{6|}$完全近中殆关系，$\frac{|7}{|6}$中性殆关系。

5.矫治体会

(1)患者面形突系由下颌后缩引起，故上前牙无需大量间隙内收，且$\underline{3|3}$有间隙，$\underline{6|6}$龋坏，故考虑拔除$\underline{6|6}$。下颌左侧牙列并无拥挤，下颌前牙也无需内收，故仅需拔除$\overline{5|}$，提供间隙，排齐$\overline{42|}$即可。

(2)上下颌均为弱支抗，$\frac{7|7}{6|}$前移关闭拔牙间隙，前牙基本不动。

【病案291】

患者，女，23岁。

检查　面形突，上下唇短缩，轻度开唇露齿。上颌骨稍前突，下颌骨正常。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|12357}$($\overline{|4}$曾拔除，无间隙)，$\frac{3|3}{4|}$唇侧错位，$\underline{2|2}$舌向错位。$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，前牙覆殆正常，覆盖4 mm。上颌中线偏左1.5 mm。

1.诊断　Angle Ⅰ类错殆(中性错殆)。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{5|}$。

(2)上下牙排齐。

(3)保持磨牙中性，调整中线。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.36 mm钛镍合金丝，1月后换0.40 mm钛镍合金丝，排齐上下牙齿。

(2)上下颌换0.40 mm不锈钢丝。6543|之间及|3456之间链状橡皮圈关闭间隙并调整中线。4321|12356"8"字连扎，链状橡皮圈拉6|向前关闭间隙。

(3)上下颌换0.43 mm×0.63 mm钛镍合金丝。

(4)上下颌换0.43 mm×0.63 mm不锈钢丝完成弓丝。

4.矫治结果 上下牙排齐，覆殆、覆盖正常，$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，中线居中。

5.矫治体会

(1)拔除4|4可为上颌前牙段提供充分的间隙解除321|123之间的拥挤，使上颌侧切牙和尖牙排入牙列并可适当内收前牙以减少前牙覆盖。

(2)下颌拔除5|，而不是4|，因为若拔4|则下颌前牙将有明显的移动，下颌中线必将右偏，所以为更好地控制下前牙，拔除第二双尖牙。

(3)6|前移时易出现近中倾斜，故可加大后倾曲角度或到位后使用钛镍方丝整平牙根，另外，使用T形曲(方丝)关闭间隙也可避免该现象发生。

【病案292】

患者，女，20岁。

检查 面形直。混合牙列，牙列式$\frac{7654Ⅲ23|1234567}{7654321|1234567}$。右上颌乳尖牙滞留，32|易位，3|唇侧错位，2|扭转，54321|123拥挤Ⅲ度，5|低位近中倾斜。

X射线检查 1|水平高位埋伏。$\frac{|6}{|6}$远中殆关系，$\frac{6|}{6|}$中性殆关系。上颌中线偏右5 mm。前牙覆殆、覆盖正常。

1.诊断 Angle Ⅱ类1分类亚类错殆。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{Ⅲ|4}{4|5}$。

(2)1|不做任何处理。

(3)排齐牙，调整磨牙关系，纠正上颌中线。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.36 mm钛镍合金丝，1月后换0.40 mm钛镍合金丝排齐牙齿。

(2)上下颌换0.36 mm不锈钢丝。21|1之间置螺旋弹簧。左侧Ⅱ类颌间牵引。

(3) 3|及5|用0.36 mm片断钛镍合金丝排齐。

(4)双侧不对称Ⅱ类牵引，左侧牵引力大于右侧。用链状橡皮圈关闭间隙。

(5)上下颌换0.43 mm×0.63 mm钛镍合金丝。

(6)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 不锈钢完成弓丝

4.矫治结果　3| 占据 1| 的位置,烤瓷冠修复外形。$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系。中线居中

5.矫治体会

(1)$\frac{|6}{|6}$为远中关系,因患者年龄较大,只有通过牙齿的移动来调整磨牙关系,故拔除$\frac{|4}{|5}$,而且左侧下前牙拥挤并不严重,不必拔 4| 。54321|段牙列拥挤严重,拔 4|不会造成中线右偏,又保持了$\frac{6|}{6|}$中性殆关系。左上颌第一双尖牙的拔除可提供足够的间隙调整右偏的上颌中线。

(2) 1| 高位水平埋伏,不易萌出,且不影响其他牙齿移动,故不处理,使易位的 3| 代替 1| 并以全冠修复。

【病案 293】

患者,女,13 岁。

检查　面形直。混合牙列,牙列式$\frac{6V421|123456}{7654321|1234567}$, 3| 阻生,上颌中线右偏 1.5 mm,7|7未萌,$\frac{|6}{|6}$远中殆关系,$\frac{6|}{6|}$中性殆关系。前牙覆殆、覆盖正常。

1.诊断　Angle Ⅱ类 1 分类亚类错殆。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)推6|6向远中

3.矫治过程

(1)拔除 V|

(2)上下牙列用 0.36 mm 钛镍合金丝排齐,432| 之间置镍钛推簧,推 4| 向后,为 3| 提供间隙。

(3)手术开窗,拉 3| 向下进入牙列。

(4)上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝,4|4带环并与腭托连接,654| 之间置镍钛推簧,与 5| 开展间隙。|456 之间置推簧,直至$\frac{|6}{|6}$中性关系。

(5)顺次后移|5 及|4,并调整中线。

(6)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝

(7)上下颌换 0.43 mm×0.63 mm 不锈钢丝。

4.矫治结果　上下牙排齐,前牙覆殆、覆盖正常,$\frac{|6}{|6}$中性殆关系,$\frac{6|}{6|}$ 近中殆关系

5.矫治体会　上颌右侧尖牙阻生是因牙列拥挤所致,但患者面形较直,不宜拔牙矫治,而7|7未萌,故可后推6|6,提供间隙以排齐 5| 和 3| ,并调整中线。

【病案 294】

患者,女,14 岁。

检查 面形直,面下1/3高度正常。牙列式$\frac{7654321 | 1234567}{7654321 | 1234567}$,$\frac{3|3}{4|3}$唇向错位,上下牙列拥挤度分别为5.0 mm和4.0 mm,$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系,前牙深覆𬌗Ⅰ度,覆盖正常。

1.诊断 Angle Ⅰ类错𬌗(中性错𬌗)

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)上下前牙唇倾并展间隙。

(3)排齐上下牙,保持磨牙中性𬌗关系。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.34 mm钛镍合金丝,3|3弓丝不入槽,1月后换0.40 mm钛镍合金丝。

(2)上颌用0.40 mm不锈钢丝,第一恒磨牙近中弯制"Ω"曲,并使弓丝长度稍大于牙弓长度。

(3)前牙出现间隙,21|12链状橡皮圈,集中间隙于2|2远中。

(4)0.36 mm片断钛镍合金丝排3|3入牙列,下颌换0.40 mm不锈钢丝。

(5)上下颌换0.43 mm×0.55 mm钛镍合金丝。

(6)上下颌换0.43 mm×0.55 mm不锈钢完成弓丝。

4.矫治结果 上下牙排齐,磨牙中性𬌗关系,前牙覆𬌗、覆盖正常。

5.矫治体会

(1)患者面形较直,允许前牙适当唇倾,其牙列拥挤度为轻度,故不必拔牙。

(2)唇向开展上前牙用0.40 mm不锈钢丝,并稍大于牙弓长度,末端加欧米加曲。结扎时从后向前,这样长出的弓丝集中于前牙段,利于前牙唇倾。

【病案295】

患者,女,21岁。

检查 面形直。牙列式$\frac{7654321 | 1234567}{7654321 | 1234567}$ 2|腭向错位扭转,1|唇向错位,2|舌侧错位,$\frac{5|}{5|}$反𬌗。$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系。Ⅱ度拥挤,下颌Spee曲线陡,上颌中线右偏3 mm,前牙深覆𬌗Ⅱ度。

1. 诊断 Angle Ⅰ类错𬌗(中性错𬌗)。

2.治疗计划

(1)拔$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)排齐上下牙,整平Spee曲线。

(3)保持磨牙中性𬌗关系,调整中线。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.34 mm钛镍合金丝排齐牙,2个月后换0.40 mm钛镍合金丝。

(2)上下颌换0.34 mm不锈钢丝。3|与1|间置镍钛推簧,1|123连扎,|3456链状橡皮圈牵引以调整中线,并为2|开辟间隙。

(3)上颌321|1片断0.34 mm钛镍合金丝排齐2|，戴微型平面导板打开咬合。上下颌摇椅弓。

(4)上下颌换0.43 mm×0.55 mm钛镍合金丝。

(5)上下颌换0.45 mm×0.63 mm不锈钢丝，T形曲关闭剩余间隙。

(6)上下颌换0.43 mm×0.55 mm不锈钢丝。

4.矫治结果 前牙覆𬌗、覆盖正常，牙齿排齐，中线居中，磨牙中性𬌗关系。$\frac{5|}{5|}$反𬌗解除。

5.矫治体会

(1)下颌牙列Ⅱ度拥挤，同时Spee曲线较陡，为排齐前牙和整平牙弓需较大间隙；而上颌为排齐拥挤的前牙和调整明显右偏的中线也需较多间隙，故拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)利用平面导板打开咬合不宜过早，因为平面导板与上前牙腭侧接触，影响前牙的移动，从而影响上前牙的排齐及中线调整。

【病案296】

患者，女，11岁。

检查 面形直。牙列式$\frac{654321|123456}{654321|123456}$，3|3唇侧错位，$\frac{2|2}{2|}$舌侧错位，上下牙列轻度拥挤。$\frac{6|6}{6|6}$远中𬌗关系(尖对尖)，前牙Ⅰ度深覆𬌗、深覆盖。

1.诊断 AngleⅡ类1分类错𬌗。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)口外弓推6|6向远中。

(3)上下牙排齐，磨牙中性𬌗关系，下前牙唇倾，减小覆𬌗、覆盖。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.34 mm钛镍合金丝排齐上下牙，3|3处弓丝不入槽。

(2)上颌换0.40 mm不锈钢丝，3|3弓丝不入槽，戴头帽口外弓行水平牵引，推6|6向后1/4牙位。

(3)4|与5|之间及|4与|5之间置镍钛推簧推5|5向后，继续戴头帽口外弓。下颌换0.40 mm钛镍合金丝。

(4)65|及|56连扎，链状橡皮圈拉4|4向后并与5|5靠拢，继续戴头帽口外弓。

(5)3|3间隙够，用0.34 mm钛镍合金丝片段弓排3|3入牙列。下颌换0.40 mm不锈钢丝。

(6)$\frac{|3}{|34}$挂三角形牵引。上颌用0.40 mm不锈钢丝，下颌用0.45 mm不锈钢丝。

4.矫治结果 上下牙齿排齐，磨牙中性关系，前牙浅覆𬌗、浅覆盖。

5.矫治体会

(1)推磨牙向远中，一般每侧可获得3~4 mm间隙，相当于半个牙尖的宽度，可直接增

加牙弓长度，解除拥挤。

(2)推磨牙向远中适用于轻度拥挤、第一磨牙近中移位导致磨牙呈远中或近中尖对尖关系、第二磨牙尚未萌出的患者。

(3)治疗初期，因$\underline{3|3}$间隙不足，不必使弓丝入槽，否则将出现切牙唇侧倾斜，增加前牙覆𬌗、覆盖程度。可待间隙足够时，用钛镍合金丝片段弓排齐。

(4)$\frac{|3}{|34}$局部小开𬌗，可挂橡皮圈行三角形牵引，以下颌牙弓为准，则下颌弓丝需较粗。

【病案 297】

患者，男，11 岁。

检查 面形直。牙列式$\frac{654321|123456}{7654321|1234567}$，上前牙Ⅲ度拥挤，下前牙Ⅰ度拥挤，$\frac{2|2}{32|23}$反𬌗，$\underline{3|3}$唇向错位，$\frac{5|5}{5|5}$正锁𬌗，轻度开唇露齿，$\frac{6|6}{6|6}$远中𬌗关系(尖对尖)。

1. 诊断 Angle Ⅱ类 1 分类错𬌗。

2. 治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{5|5}$。

(2)配合使用 Nance 弓及口外头帽加强支抗，下颌弱支抗。

3. 矫治过程

(1)$\frac{6|6}{6|6}$带环及 Nance 弓，$\frac{5321|1235}{4321|1234}$贴方丝弓托槽，0.34 mm 钛镍合金丝排齐整平上下弓，尖牙间后结扎。

(2)上下颌换 0.40 mm 钛镍合金丝继续排齐整平。

(3)上下颌 0.40 mm 不锈钢丝，橡皮链拉$\frac{3|3}{3|3}$向远中配合头帽。

(4)上下颌换 0.45 mm 不锈钢丝。Ⅲ类颌间牵引。

(5)上下颌换 0.45 mm×0.63 mm 钛镍合金丝排齐 1 个月。

(6)上下颌用 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢丝加 T 形曲关闭间隙。上颌 Nance 弓去除。

(7)上下颌 0.43 mm×0.63 mm 理想完成弓。

(8)上下颌 0.40 mm 不锈钢丝，后牙区三角形牵引。

4. 矫治结果 上下前牙排齐，覆𬌗、覆盖正常，$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，$\frac{5|5}{5|5}$锁𬌗解除，开唇露齿改善。

5. 矫治体会

(1)由于本例病人存在上牙列的Ⅲ度拥挤，$\underline{3|3}$唇向倾斜，间隙严重不足，后牙远中关系，因而如何更好地防止上后牙前移、加强支抗是确保治疗成功的关键，治疗中口内采用了 Nance 弓，并配合使用口外弓，要求病人每天戴用 12 h 以上，有效地阻止$\underline{6|6}$前移，使后牙矫治成中性关系。

(2)5|5拔除后，6|6前移良好，使$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，治疗中曾使用Ⅲ类颌间牵引3个月，使唇倾的下前牙直立。

【病案298】

患者，女，14岁。

检查　牙列式$\frac{7654321|123456}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，⌈6龋齿(1/2冠缺损)，上下中线左偏1.5 mm。拥挤度：上颌8 mm，下颌4 mm，|3完全唇侧，|24之间间隙1 mm；3|轻度唇侧错位，浅覆𬌗，浅覆盖，上前牙直立，下切牙内倾，面中份欠丰满。

1.诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗

(2)牙列拥挤。

2.治疗计划

(1)⌈6内科治疗。

(2)拔除$\frac{|4}{|1}$。

(3)Edgewise技术矫治。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.34 mm～0.45 mm钛镍合金丝排齐牙列，6个月。

(2)上下颌用0.40 mm澳丝关闭剩余间隙，3个月。

(3)上下颌牙位关系精细调整，2个月。

(4)保持。

4.矫治结果　上下牙列齐，$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，中线左偏1.5 mm。

5.矫治体会

(1)患者面中份发育不足，面形凹，拥挤中度，若不拔牙，必然导致前牙唇倾严重；若对称性拔牙，会加重面中份凹陷，对侧貌不利。对该患者采用了不对称拔牙矫治，既改善了拥挤，又维持着原来的面形，但上颌中线无法纠正，综合考虑，最终1.5 mm的中线偏斜尚属可接受范围。

(2)在拔|4之前，先用钛镍合金丝排齐上牙，澳丝扩大前牙弓段，使前牙轻度唇移，所获间隙拉3|入牙弓，然后再拔|4，将|3拉入牙弓，这样可避免中线进一步向左偏斜。

【病案299】

患者，女，18岁。

检查　牙列式$\frac{76541|1234567}{7654321|1234567}$，上牙列中线右偏4 mm，1|1间隙2 mm，1|2反𬌗，$\frac{|1}{|1}$对刃。X射线示：32|埋伏阻生，2|位于3|的𬌗方，冠根横向生长，根短。$\frac{6|6}{6|6}$近中𬌗关系。

1. 诊断

(1)Angle Ⅲ类错殆(近中错殆)。

(2)牙列拥挤，32| 埋伏阻生。

2. 治疗计划

(1)拔除 2| 牙胚，拉出 3|

(2)Edgewise 技术矫治牙列拥挤。

3. 矫治过程

(1)手术拔除 2| 牙胚。

(2)3| 处开窗，去骨，埋牵钩于及 3| 牙冠唇面。

(3)6|6带环，541|12345粘方丝弓托槽，0.40 mm 钛镍合金丝排齐

(4)换 0.40 mm 澳丝，541|123置钛镍合金丝辅弓，用牵引丝牵引 3| 移动，每月复诊 1 次，5 个月牵 3| 入牙列

(5)在|123 间置弹簧开展间隙，排齐|2，改正反殆

(6)上下颌斜行牵引，改正中线，完成。

4. 矫治结果　$\frac{|6}{|6}$中性殆关系，中线居中。3| 外形修改代替 2|。

5. 矫治体会

(1)牵引导萌时，应进行合理的支抗设计，以保证牙弓的形态及有效间隙的维持。若选用钛镍合金丝牵引，则应加主弓丝以加强支抗，也可利用颌间支抗牵引埋伏牙。

(2)牵引力应在 30～50 g，以免刺激牙髓组织，或引起牙周组织的炎症，致牙龈萎缩以及上皮迁移。

(3)埋伏牙的各种变异情况很大，应多注意个案分析。若埋伏牙过深，异位或对邻牙的根部压迫作用不显，而手术难度大，正畸设计或患者要求不十分必要时，可不予处理。若正畸特别难，或正畸后效果不理想，可考虑拔除或行外科再植。

(4)是否需减数牙齿矫治埋伏牙，需计算排齐牙列、改善面形所需要间隙量而定。

【病案 300】

患者，女，36 岁。

检查　牙列式$\frac{7654321|12345678}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，|8 为锥形牙，中线居中，覆殆Ⅱ度，覆盖4 mm。上牙列稀疏，散在间隙共 5 mm，下牙列无间隙，亦无拥挤。牙周轻度萎缩，面形正常。

1. 诊断

(1) Angle Ⅰ类错殆(中性错殆)。

(2)牙列稀疏。

2. 治疗计划

(1)拔除|1。

(2)牙周治疗。

(3)Edgewise 技术矫治。

3.矫治过程

(1)上下颌用 0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列,1 个月。

(2)上下颌用 0.40 mm 澳丝打开咬合,5 个月。

(3)上下颌 0.45 mm 澳丝,橡皮圈向后牵引,利用弓丝滑动关闭间隙,3 个月。

(4)上下颌理想弓,调整上下牙齿关系,2 个月。

(5)Hawley 保持器。

4.矫治结果 间隙关闭,覆𬌗正常,牙列排齐。

5.矫治体会

(1)患者为成人,且有牙周疾病,矫治前、矫治中以至矫治后都应控制牙周炎的发展,防止牙周进一步萎缩,矫治不能心切,用力应柔和轻微。

(2)牙周萎缩致牙根颈 1/3 暴露,临床牙冠增长,粘贴托槽时应靠近牙冠中份,以利牙齿整体移动。本例托槽槽沟至切缘或𬌗面距离的标准分别为:$\underline{2|2}$ 4.0 mm,$\frac{3|3}{3|3}$ 5.0 mm,$\frac{541|145}{542|1245}$ 4.5 mm。

(3)明确上颌牙列稀疏的病因很重要。Bolton 指数分析结果显示上下颌牙量不调,下颌牙量比上颌大 5 mm,为关闭上颌间隙,改正下颌 Spee 曲线,必须减数下切牙。

(4)矫治结束时 X 射线片显示牙周未进一步吸收,临床牙冠测量结果与矫治前基本相同。嘱患者长期保持。

【病案 301】

患者,女,12 岁。

检查 牙列式$\frac{7654321|134567}{7654321|1234567}$。$\frac{6|}{6|}$中性𬌗关系,$\frac{|6}{|6}$近中𬌗关系。上下中线居中,覆𬌗、覆盖正常,$\underline{|2}$先天缺失。上颌散在间隙 7 mm($\underline{|13}$之间 4 mm,$\underline{|34}$之间 2 mm,$\underline{21|}$之间与$\underline{32|}$之间共1 mm左右);下颌散在间隙共 4.5 mm($\overline{|23}$之间 2 mm,其余间隙基本平均分布在$\overline{54321|12}$之间)。$\frac{|3}{|3}$为近中错𬌗关系,$\frac{3|}{3|}$为中性错𬌗关系。面形好。

1.诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗。

(2)牙列稀疏。

2.治疗计划

(1)Edgewise 技术集中上颌间隙,关闭下颌间隙。

(2)$\underline{|2}$义齿修复。

3.矫治过程

(1)上下颌粘托槽,带环,0.40 mm~0.45 mm 钛镍合金丝排齐。

(2)上下颌换 0.45 mm 澳丝,上颌将间隙全部集中在左侧切牙位置,下颌将间隙全部向右侧集中。

(3)上下颌牙位精细调整。

(4)保持。

(5)$\underline{|2}$烤瓷桥修复。

4.矫治结果 $\frac{6|6}{6|6}$及$\frac{3|3}{3|3}$中性关系，上下尖窝锁结良好，上中线右偏 1 mm。

5.矫治体会

(1)牙列稀疏的主要原因为牙量、骨量不调及上颌侧切牙的先天缺失。矫治的主要目的是关闭、集中间隙。

(2)$\frac{|3}{|3}$与$\frac{|6}{|6}$均为近中错𬌗关系，应加以改正。下颌间隙全部向右集中，使$\overline{|3}$向近中，$\overline{|6}$也向近中移动一个牙尖，$\underline{|3}$向远中移动，结果正好形成$\frac{|3}{|3}$和$\frac{|6}{|6}$中性关系。

(3)上下颌支抗控制有所差别。上颌最后要修复$\underline{|2}$，要尽量减少后牙前移，故在$\underline{|13}$之间使用开展螺簧。下颌需要将全部间隙关闭，尽量让后牙前移，故使用了弹力线牵引。

(4)上颌原中线居中，间隙向右集中后引起中线右偏 1 mm 左右，但影响不大。

(5)关闭间隙看似简单，但时间却不会太短。

【病案 302】

患者，男，9岁。

检查 混合牙列，$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，$\underline{1|1}$之间多生畸形牙拔除后间隙 4 mm 左右，$\underline{1|1}$近中舌侧扭转，$\underline{2|2}$刚萌出。

1.诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗(中性错𬌗)。

(2)上中切牙间隙及外翻。

2.治疗计划 三联别针簧矫治中切牙外翻，关闭间隙。

3.矫治过程

(1)在中切牙的唇面粘横管，与牙长轴垂直且位于龈、切缘长度的中间，弯制三联别针簧，插入唇面管内。

(2)复诊加力每周1次，约4个月改正扭转。

(3)去掉唇面管，粘方丝弓托槽，放入 0.45 mm 澳丝，用弹力线牵引，关闭中切牙间隙，约2个月。

(4)保持 0.45 mm 澳丝在托槽远中回弯，保持2年。

4.矫治结果 间隙关闭，外翻纠正。

5.矫治体会

(1)中切牙之间的多生牙宜尽早拔除，中切牙外翻及过大的中切牙间隙亦应在混合牙列进行矫治，如果等到恒牙期牙𬌗发育完成后再行矫治，恒牙萌出后多已产生拥挤或阻生，给以后矫治带来困难。

(2)三联别针簧安装于两中切牙唇面，不涉及整个牙弓，不需要后牙作支抗，所以不妨碍儿童颌骨的正常发育。经治疗后的中切牙根尖发育无异常，牙周组织正常，证明这是一种安全、有效、简单方便的矫治器。

(3)某些上中切牙的近中舌向扭转，还会使下颌后退至远中𬌗关系或下前牙舌移位，所以应在替牙早期、侧切牙尚未更替时及时进行阻断矫治，防止错𬌗的发展。

(4)扭转牙容易复发，保持期应相应延长，还可行牙槽嵴纤维环切术预防复发。

(5)矫治中切牙外翻及间隙也可直接在$\underline{1|1}$上粘方丝弓托槽、用钛镍合金丝及澳丝弯制相应的弓形来改正。

第二节　双颌前突

【病案 303】

患者，女，22 岁。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，牙列拥挤Ⅱ度，双颌前突，开唇露齿，上中线左偏 2 mm。

1.诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗(中性错𬌗)。

(2)双颌前突。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)Edgewise 技术矫治。

3.矫治过程

(1)上下颌用 0.34 mm 钛镍丝排齐，约 2 个月，$\underline{|2}$暂不入槽。

(2)上颌换 0.40 mm 澳丝，$\underline{|123}$之间用开展螺簧，2 个月。重新换 0.34 mm 钛镍合金丝，将$\underline{|2}$排入牙弓，2 个月。

(3)上下颌 0.45 mm 澳丝，牵引$\underline{3|3}$向远中，约 5 个月。

(4)上下颌 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢方丝弯制泪滴曲，内收上下前牙，约 6 个月。

(5)上下颌 0.45 mm×0.63 mm 方丝，在前牙做根舌向转矩，2 个月。

(6)精细牙位调整，2 个月。

(7)拆除上下颌固定矫治器，保持 1.5 年。

4.矫治体会　本例病人双颌前突伴牙列拥挤，治疗的关键是尽可能利用所有拔牙间隙，排齐牙齿并最大程度地内收前牙。使用口外力、加强后牙支抗非常重要。值得一提的是上牙弓中线左偏，治疗初期在$\underline{|123}$之间使用了开展螺簧，这样起到了纠正上𬌗中线及远中移动$\underline{|3}$的双重作用。当$\frac{3|3}{3|3}$与$\frac{5|5}{5|5}$靠拢后，开始内收上下前牙，内收过程中使用泪滴形曲，使内收的力量柔和，同时需要在弓丝上加根舌向转矩，使上下前牙做控根移动，以防上、下前牙过度后倾。

【**病案** 304】

患者，女，31 岁。

检查 牙列式$\frac{7654321 | 1234567}{7654321 | 123456}$，┌7 因龋坏拔除，$\frac{6 | 6}{6 | 6}$中性殆关系，深覆殆Ⅲ度，覆盖 6 mm，上下颌前突，开唇露齿。拥挤度：下颌 3 mm，上颌不拥挤，Spee 曲线曲度 3 mm，牙龈萎缩，临床牙冠较长，X 射线示牙周组织吸收 1/4。

1. 诊断

(1) Angle Ⅰ类错殆（中性错殆）。

(2) 双颌前突。

2. 治疗计划

(1) 牙周治疗。

(2) 拔除$\frac{4 | 4}{4 | 4}$。

(3) Edgewise 技术矫治。

3. 矫治过程

(1) 上下颌粘带环、托槽，0.34 mm、0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，$\frac{3 | 3}{3 | 3}$向后连续结扎，引导尖牙自由远中移动。

(2) 上颌 0.40 mm 澳丝弯制摇椅弓及后倾弯打开咬合，$\underline{21 | 12}$连续结扎，防止唇向漂移；下颌在尖牙近中弯制 T 形曲，压低下前牙。

(3) 上下颌 0.45 mm 澳丝、钛镍拉簧移尖牙向远中，与$\frac{5 | 5}{5 | 5}$形成接触。

(4) 上下颌 0.45 mm 钛镍合金丝进一步整平牙弓，$\frac{3 | 3}{3 | 3}$与后牙连续结扎。

(5) 上下颌 0.45 mm × 0.63 mm 不锈钢方丝，泪滴曲关闭间隙。

(6) 上切牙控根移动。

(7) 上下颌 Hawley 保持器。

4. 矫治结果　尖牙、磨牙均为Ⅰ类关系，切牙直立，覆殆、覆盖正常，无开唇露齿。

5. 矫治体会

(1) 成人正畸治疗比儿童和青少年情况更为复杂，因此进行治疗时更应谨慎。此患者具有中度上下颌前突，影响美观，有强烈的治疗愿望，故采用了综合性正畸治疗，改善牙、面美观和功能。

(2) 患者有牙周炎，给治疗带来一定难度。在开始正畸治疗前，采取牙周基础治疗和药物治疗，全面控制牙周疾病。在治疗中采用轻力，并密切注意牙周情况的变化，防止进一步萎缩。

(3) 上下前牙内收后切牙倾度内倾，通过控根使切牙直立，有利于殆的稳定。

(4) 保持器的戴用时间适当延长。

【**病案** 305】

患者，女，12 岁。

检查　牙列式$\frac{654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$远中骀关系，深覆骀、深覆盖，上下前牙唇倾，双颌前突面形。3|3唇侧错位，|2完全舌侧错位。|13之间间隙 2 mm，3|3扭转。拥挤度：上颌4 mm，下颌 6 mm。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类错骀(远中错骀)。

(2)双颌前突。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)方丝弓技术矫治。

3.矫治过程

(1)上颌粘带环及方丝弓托槽，0.34 mm、0.40 mm 钛镍合金丝排齐，下颌暂不粘托槽和带环，任其自行调整，约 3 个月。

(2)上颌 0.40 mm 澳丝，牵引3|3向远中，待3|3远移至与3|3形成中性关系时，下颌粘托槽及带环，并用 0.40 mm、0.45 mm 钛镍合金丝排齐、整平牙列。同时上颌继续牵引3|3向远中与5|5靠拢，这一过程约 5 个月。

(3)上颌 0.45 mm × 0.63 mm、下颌 0.43 mm × 0.55 mm 不锈钢方丝制泪滴曲，内收上下前牙，约 7 个月。

(4)上下颌均用 0.48 mm × 0.55 mm 方丝，进一步精细牙位调整，约 3 个月。

(5)换 Hawley 保持器。

4.矫治结果　$\frac{3|3}{3|3}$、$\frac{6|6}{6|6}$均为中性骀关系，开唇露齿改善，牙列排齐，覆骀、覆盖正常。

5.矫治体会

(1)由于患者上前牙唇倾，面形较突，因此矫治成功与否的关键是上前牙充分的内收，本例通过拔除 4 个第一双尖牙获得间隙，使内收得以实现。

(2)由于需要最大限度地内收上前牙，同时磨牙与尖牙关系均为Ⅱ类，因此上磨牙充分的支抗保障是极为重要的。对该患者使用了口外力，并贯穿于矫治全程，患者的咬合很关键。

(3)覆骀、覆盖的矫治贯穿于矫治的整个过程，从初始弓丝起，就形成摇椅方式打开咬合，并在内收前牙过程中注意防止覆骀加深。

(4)磨牙关系的矫正主要通过下磨牙适当的前移及矫治后期短期的Ⅱ类牵引得以实现。

【病案 306】

患者，女，18 岁。

检查　面形突出，轻度开唇露齿，上、下颌牙槽骨均前突。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。

5|唇向错位，$\frac{|6}{|5}$舌向错位，$\frac{|45}{|5}$正锁骀。$\frac{6|}{6|}$远中骀关系，$\frac{|6}{|6}$中性骀关系。前牙覆骀

5 mm,覆盖 6 mm。下牙弓狭窄,上下牙弓前突,321|1234存在散隙。

1. 诊断　Angle Ⅱ类 1 分类亚类错殆。

2. 治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)排齐上下牙,内收前牙。

(3)强支抗:头帽加 J 钩。

3. 矫治过程

(1)上下颌 0.34 mm 钛镍合金丝排齐上下牙列。

(2)上下颌换 0.40 mm 钛镍合金丝继续排齐牙列。

(3)上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝、加摇椅形弓,打开咬合,整平牙弓。

(4)上下颌换 0.45 mm 不锈钢丝,加大摇椅形弓,充分整平牙弓。

(5)上颌利用头帽 J 钩拉3|3向后、下颌用链状橡皮圈拉3|3向后。

(6)尖牙到位后,内收前牙。上颌 0.45 mm 不锈钢丝于侧切牙远中弯小圈曲,J 钩口内端挂于小圈曲,内收上颌前牙,水平牵引。下颌换 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝。

(7)下颌换 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢丝 T 形曲关闭间隙。Ⅱ类颌间牵引。

(8)上颌用 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝排齐后换 0.43 mm×0.55 mm 不锈钢丝、下颌换 0.43 mm×0.55 mm 不锈钢丝。

4. 矫治结果　面形明显改善,上下牙排齐、磨牙中性殆关系、前牙浅覆殆、浅覆盖

5. 矫治体会

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$的方法适用于不同程度的双颌前突,利用拔牙间隙充分内收上前牙,以改善面形,浅少覆盖。

(2)利用头帽 J 钩拉尖牙向后并内收前牙,关闭间隙可增强支抗,减少磨牙前移。

(3)Ⅱ类颌间牵引一方面可协助内收前牙,另一方面下后牙前移可调整磨牙关系、下颌前移可减少覆盖。

【病案 307】

患者,男,18 岁。

检查　面下 1/3 较长,面形突,中度开唇露齿,上下唇较厚。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。$\frac{321|123}{321|123}$拥挤、前突。$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系,前牙深覆殆Ⅱ度、深覆盖Ⅱ度。

1. 诊断　Angle Ⅰ类错殆。

2. 治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)打开咬合,排齐上下牙列。

(3)腭杠增强支抗。

3.矫治过程

(1)6|6带环，腭侧加焊腭杠以增强支抗。上下颌用0.34 mm钛镍合金丝排齐上下牙列。

(2)上下颌换0.40 mm钛镍合金丝继续排齐上下牙列。

(3)上下颌换0.40 mm不锈钢丝，摇椅形弓打开咬合1个月。

(4)上下颌均用链状橡皮圈拉尖牙向后，Ⅱ类颌间牵引。

(5)加大上下颌摇椅弓，$\frac{6543|3456}{6543|3456}$连扎，链状橡皮圈内收前牙，继续Ⅱ类颌间牵引。

(6)上下颌换0.43 mm×0.55 mm钛镍合金丝。

(7)上下颌换0.43 mm×0.55 mm不锈钢丝。

4.矫治体会

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$是正畸临床上最常见的拔牙设计，可最大限度地为前牙拥挤及上颌前突提供所需的间隙，上下颌使用摇椅弓打开咬合，利于前牙内收。

(2)用腭杠增强支抗可获得中度支抗，腭杠可防止磨牙伸长，适用于高角病案增强支抗。

第三节　深覆殆，深覆盖

【病案308】

患者，女，21岁，学生。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$开始远中殆关系。拥挤度：下颌5 mm，上颌散在间隙2 mm。2|2畸形牙，1|唇向错位，完全在牙弓外，有根尖瘘管。牙弓形态尖，1|1唇倾，上唇前突，开唇露齿，下颌轻度后缩。覆殆Ⅲ度，覆盖8 mm。

1.诊断

(1) Angle Ⅱ类1分类错殆。

(2)上牙列稀疏。

(3)下牙列拥挤。

2.治疗计划

(1)拔除1|。

(2)Edgewise矫治技术。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.34 mm～0.40 mm钛镍合金丝排齐牙列，3个月。

(2)上下颌换用0.40 mm澳丝，$\frac{6|6}{6|6}$近中弯制垂直扩大曲，全牙列扩弓，改正牙弓形态，排齐下牙列，3个月。

(3)上下颌用0.45 mm澳丝，弯制后倾弯、摇椅弓，配合Ⅱ类牵引，整平Spee曲线，打开咬合，共5个月。

(4)上颌0.45 mm澳丝，橡皮圈牵引关闭散在间隙，2个月。

(5)上下颌0.45 mm澳丝，弯制理想弓，上下颌牙弓最后协调，2个月。

4.矫治结果　$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，覆殆Ⅰ度，覆盖2 mm，牙弓形态卵圆，与面形协调。

5.矫治体会

(1)患者虽表现为上唇前突，开唇露齿，但上颌存在散在间隙，牙弓缩窄，通过扩弓可以获得足够的间隙内收前牙，故采用不拔牙矫治。

(2)下颌拥挤度5 mm，$\overline{1|}$几乎完全在牙弓之外($\overline{2|1}$之间1 mm间隙)，且有慢性瘘管，X射线片示根尖阴影直径3 mm，故拔除。

(3)$\overline{2|2}$为畸形牙，近远中径比正常侧切牙小，但形态尚可，矫治后可不行修复。Bolton指数分析：上牙量小于下牙量。拔除$\overline{1|}$后上下牙量协调，估计矫治后覆盖正常。

【病案309】

患者，男，24岁，教师。

检查　牙列式$\frac{87654321|12345678}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，深覆殆Ⅲ度，上下切牙均内倾。拥挤度：上颌2 mm，下颌5 mm，$\overline{1|3}$唇侧错位。侧面形直，颏唇沟深，低面角。

1.诊断

(1)Angle Ⅰ类2分类错殆。

(2)牙列拥挤。

2.治疗计划

(1)拔除$\overline{1|}$。

(2)方丝弓矫治技术排齐上下牙列，矫正深覆殆。

3.矫治过程

(1)$\underline{6|6}$带环，$\underline{5|5}$粘方托槽，用0.40 mm钛镍合金丝排齐上颌牙列，1个月。

(2)上颌平面导板，3个月。

(3)下颌粘带环、托槽，0.34 mm、0.40 mm钛镍合金丝排齐牙列，2个月。

(4)上下颌换澳丝打开咬合，5个月。

(5)上颌0.45 mm×0.63 mm方丝在切开牙段加冠唇向转矩，3个月。

(6)上下颌方丝弯制理想弓、精细牙位调整，完成，2个月。

(7)保持器。

4.矫治结果　$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，覆殆Ⅰ度，覆盖正常，前牙适度唇倾。

5.矫治体会　该患者为内倾型深覆殆，对于这种类型的错殆畸形，正畸治疗应该注意。

(1)考虑技术时应慎重。因为此类患者的矫治常需前牙的唇向移动，可使拥挤同时得以解除，若轻易因一般的拥挤而拔牙，常会使深覆殆的矫治变得很困难。该患者上牙列轻

度拥挤，排齐时上前牙的唇向移动并未产生开唇露齿，下颌牙列减数$\overline{1|}$后所得间隙用于排齐及整平 Spee 曲线，使下切牙唇向倾斜，患者侧貌得到一定程度的改善。

(2)由于前牙的覆𬌗、覆盖关系，矫治通常分两步进行。首先在排齐、整平上牙弓的同时唇向开展并尽可能地压低上前牙，也可用小平面导板协助矫治深覆𬌗，为下前牙粘托槽创造条件，再开始下牙弓的整平和排齐。

(3)矫治过程中对上切牙进行适度的冠唇向控根，增大上切牙唇倾度，有利于矫治效果的稳定，防止前牙深覆𬌗的复发。

【病案 310】

患者，女，21 岁，学生。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$基本中性𬌗关系，覆𬌗Ⅲ度，覆盖 3 mm，中线居中。拥挤度：上颌9 mm，下颌 8 mm，Spee 曲线曲度 4 mm。$\underline{3|3}$唇向扭转，$\underline{2|2}$舌侧扭转，$\overline{42}|\overline{4}$舌侧错位，$\frac{4|4}{4|4}$正锁𬌗。面形窄，面部上中下比例基本正常。

1. 诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗（中性错𬌗）。

(2)深覆𬌗、深覆盖，牙列拥挤。

2. 治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)Edgewise 技术矫治排齐牙列，改善深覆𬌗，改善牙弓形态。

3. 矫治过程

(1)用 0.34 mm 钛镍合金丝排齐上下颌牙列，3 个月。

(2)下颌 0.4 mm 澳丝，在$\overline{31|}$之间放置钛镍螺旋推簧，推$\overline{3|}$向远中，扩展间隙，3 个月。

(3)下颌 0.34 mm 钛镍合金丝，使$\overline{2|}$结扎入槽，排入牙弓，2 个月。

(4)上下颌 0.40 mm 澳丝，上颌平面导板，同时打开咬合，5 个月。

(5)上下颌 0.45 mm 澳丝，橡皮圈牵引$\frac{3|3}{3|3}$向远中，2 个月。

(6)上下颌换用 0.45 mm 钛镍合金丝进一步整平牙弓，1 个月。

(7)上下颌 0.45 mm 带闭合曲的澳丝关闭剩余间隙，2 个月。

(8)上下颌理想弓，精细牙位调整，2 个月。

(9)Hawley 保持器。

4. 矫治结果　$\frac{6|6}{6|6}$及$\frac{3|3}{3|3}$均为中性𬌗关系，覆𬌗、覆盖正常，牙弓形态卵圆。

5. 矫治体会

(1)该病案为重度拥挤，尤其是下颌牙量骨量不调加上改正 Spee 曲线，共需 12 mm 间隙，减数$\overline{4|4}$所得间隙 15 mm，故需采用加强支抗的手段。本例采用颊面管近中阻挡曲，以及第二前磨牙与第一磨牙连续结扎加强支抗。在移$\overline{3|}$向远中移动时采用钛镍推簧，利用交互支抗，减少磨牙前移量。

(2)该患者牙弓狭窄，弯制弓丝时应注意适当宽些，改善牙弓形态，并使上下协调。

(3)配合上颌平面导板打开咬合，使疗程大大缩短。但许多患者对口腔内多种矫治附件同时使用较难接受，需要说服配合。

【病案 311】

患者，男，26 岁，职员。

检查　恒牙列。牙列式$\frac{7654321 \mid 1234567}{7654321 \mid 1234567}$，$\frac{6 \mid 6}{6 \mid 6}$中性𬌗关系，上下中线右偏 1 mm，覆𬌗Ⅲ度，覆盖 4 mm。拥挤度：上颌牙列 2 mm，下颌下列 8 mm，$\underline{|1}$唇向错位，$\overline{31|3}$唇向扭转。上切牙稍唇倾，下切牙内倾，上基骨丰满。直面形。

1.诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗。

(2)深覆𬌗，深覆盖，牙列拥挤。

2.治疗计划

(1)拔除$\overline{1|}$。

(2)Edgewise 技术矫治。

3.矫治过程

(1)上颌 0.40 mm 钛镍合金丝，下颌 0.34 mm ~ 0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，5 个月。

(2)上下颌 0.40 mm ~ 0.45 mm 澳丝逐步打开咬合，下切牙唇侧倾斜，4 个月。

(3)上下颌牙位精细调整，2 个月。

(4)戴 Hawley 保持器，1 年。

4.矫治结果　覆𬌗、覆盖改善。

5.矫治体会

(1)正畸治疗所要达到的目标是“平衡、美观、稳定”。现代正畸治疗方案的制订已实现了由“医生制订方案，患者接受”到“医生与患者共同制订方案”的转变，在不违反主要原则的基础上达到病人满意，尽量缩短疗程，尤其是成人。

(2)该病案采用不对称拔牙，理由有二：①患者面形不凸，上颌牙列拥挤度小，排齐上牙后仅向唇侧倾斜 1 mm，对外观影响不大；②下牙拥挤度 8 mm，Spee 曲线曲度 3 mm，减数$\overline{1|}$后改正拥挤，下切牙唇向倾斜 3 mm，有利于减小前牙覆𬌗、覆盖。最终覆盖 2 mm。

(3)也可以采用减数$\frac{4 \mid 4}{4 \mid 4}$矫治。这种方案的疗程相对较长，且需在第三阶段控根。最终结果是上前牙适度内收，大量的拔牙间隙靠上磨牙的近中移动关闭。患者选择了第一种方案。

【病案 312】

患者，女，24 岁，工人。

检查　牙列式$\frac{87654321 \mid 12345678}{87654321 \mid 12345678}$，$\frac{6 \mid 6}{6 \mid 6}$开始远中关系，中线居中，覆𬌗Ⅲ度，覆盖

7 mm，$\frac{54|45}{54|45}$正锁殆，Spee 曲线陡峭，下牙弓狭窄，前牙唇倾。面下 1/3 短，下颌骨短小、颏部发育不足。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类 2 分类。

(2)$\frac{54|45}{54|45}$锁殆。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{5|5}$。

(2)Edgewise 技术矫治。

3.矫治过程

(1)上颌用 0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，下颌 0.34 mm、0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，弓丝宽于牙弓横径，扩宽下牙弓，与上颌适应，3 个月。

(2)上颌平面导板，上下颌用 0.40 mm 澳丝打咬合，Ⅱ类牵引同时使用，8 个月。

(3)$\underline{3|3}$近中移动，$\underline{65|56}$连续结扎、钛镍拉簧拉$\underline{3|3}$向远中，$\frac{3|3}{3|3}$成Ⅰ类关系时停止牵引，4 个月。

(4)关闭上前牙间隙，用弓丝远中滑动方式。在关闭间隙前先用 0.45 mm 钛镍合金丝整平 1 个月，然后换用 0.45 mm 澳丝，在$\underline{3|3}$近中弯制牵引钩，用橡皮圈牵引关闭间隙。

(5)下颌$\overline{6|6}$以前的牙齿连续结扎，弹力线牵引$\overline{6|6}$向近中移动，与$\overline{4|4}$形成接触。

(6)上下颌理想弓，调整牙位关系。

(7)Hawley 保持器。

4.矫治结果　$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，上下切牙直立，覆殆、覆盖正常，牙弓形态卵圆。

5.矫治体会

(1)该患者上下颌牙列均没有拥挤度，但上颌牙槽前突，上切牙唇倾；下颌后缩，覆殆、覆盖大，为达到改善侧貌，调整牙弓形态，协调上下颌关系的目的，必须减数治疗。拔$\underline{4|4}$可以适度内收前牙，减小覆盖，拔$\overline{5|5}$主要是改正 Spee 曲线，使$\overline{6|6}$较多地向前移动，以便形成$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系。

(2)因下牙弓缩窄，在弯制弓丝时下颌弓丝应宽于上颌弓丝。

(3)本例为低角病案，下颌后缩且需$\overline{6|6}$近中移动形成 AngleⅠ类关系，故可早期开始使用Ⅱ类牵引。注意要弯制末端后倾弯及内收弯，抵抗Ⅱ类牵引造成的近中及舌侧倾斜扭转。

(4)上颌平面导板在使用过程中需适当调改，尤其在$\underline{3|3}$远移及内收前牙时，组织面应与牙面离开。

(5)在后期需用方丝进行上切牙牙根舌向控根。

【病案 313】

患者，女，21 岁，学生。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$开始远中关系，中线居中，深覆𬌗Ⅱ度，覆盖正常。拥挤度：上颌 14 mm，下颌 9 mm。Spee 曲线陡峭，前牙直立，面部比例基本对称。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类错𬌗。

(2)深覆𬌗，严重牙列拥挤。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)Edgewise 技术矫治。

3.矫治过程

(1)用 0.34 mm～0.40 mm 钛镍合金丝，上下颌牙列排齐 4 个月(不包括2|2)。

(2)换用 0.40 mm 澳丝，螺簧推3|3向远中，至1|1与3|3之间有足够间隙排齐2|2后，与磨牙连续结扎，3 个月。

(3)用 0.34 mm、0.40 mm 钛镍合金丝排齐上牙列，2 个月。

(4)上下颌用 0.40 mm 澳丝打开咬合，Ⅱ类牵引改远中𬌗，5 个月。

(5)上下颌用 0.40 mm 澳丝调整上下颌牙位关系，2 个月，完成保持。

4.矫治结果　Angle Ⅰ类错𬌗，覆𬌗正常，牙列整齐。

5.矫治体会

(1)该患者表现为严重牙列拥挤，侧切牙与中切牙唇舌向重叠，3|3唇侧错位，虽前牙直立，但开唇露齿。患者对自己的牙颌畸形极为敏感，平时不苟言笑，已形成心理障碍。因此治疗应当心理指导与临床矫治同时进行，对正畸矫治产生的容貌变化进行充分的肯定，增强患者自信心及配合主动性。矫治的目标主要为改善拥挤，排齐牙列。

(2)用初始弓丝初步排齐牙齿后，换用硬丝，在3|3之间放推簧，利用交互支抗使3|3向远中移动，可减少上颌支抗的丧失。

(3)矫治后患者满意，笑容增多，社交活跃，可见正畸治疗对个体心理及行为表现有重大影响。

【病案 314】

患者，男，13 岁，学生。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$轻度远中关系，覆𬌗Ⅲ度，覆盖正常。Spee 曲线曲度3 mm。拥挤度：上颌 6 mm，下颌 6 mm。上下前牙直立，下中线右偏 1 mm，全牙弓缩窄。侧面形表现为下颌后缩，下颌骨发育不足。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类错𬌗。

(2)深覆𬌗，牙列拥挤。

2.治疗计划　不拔牙齿，方丝弓技术矫治。

3.矫治过程

(1)上颌粘带环、托槽,用 0.34 mm ~ 0.40 mm 钛镍合金丝排齐、整平牙列。

(2)下颌粘带环、托槽,用 0.34 mm ~ 0.45 mm 钛镍合金丝逐步整平、排齐牙列。

(3)下颌3|3之间垂直扩大曲,扩大牙弓,获取间隙,进一步排齐下牙。

(4)上下颌用 0.45 mm 澳丝加Ⅱ类牵引打开咬合,改善上下颌近远中向关系。

(5)上颌用 0.45 mm × 0.63 mm 不锈钢方丝在切牙段加根唇向转矩,改正牙倾度。

(6)调整上下牙位精细关系。

(7)保持完成。

4.矫治结果　尖牙及磨牙Ⅰ类关系,覆𬌗Ⅰ度,覆盖正常,牙列整齐。

5.矫治体会

(1)该患者上下颌均为中度拥挤,但因面形不突、且上下牙均较直立,牙弓形态尖,通过扩弓能够改善拥挤,排齐上下牙列。Ⅱ类牵引使下颌适度前移,患者的侧面形得到改善。

(2)如果因为拥挤拔除4个第一双尖牙,结果会加重切牙舌侧倾斜及下颌后缩。

(3)患者年龄13岁,尚处于青春发育前期,Ⅱ类牵引效果好。

【病案315】

患者,男,12.5岁,学生。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$,$\frac{6|6}{6|6}$完全远中关系,覆𬌗Ⅲ度,覆盖7 mm,无拥挤,上下切牙轻度唇倾,1|外伤折断。侧面形:下颌明显后缩,上颌轻度前突,颏唇沟深。下颌前伸后面形较好。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类1分类错𬌗。

(2)骨骼型:Ⅱ类。

2.治疗计划

(1)内科治疗1|。

(2)Activator 矫治器矫治。

3.矫治过程

(1)取精确印模与翻制模型。

(2)在下颌前伸至中性𬌗位时咬蜡𬌗,记录𬌗重建后的位置,上𬌗架。

(3)弯制上颌双唇弓及下颌诱导丝,自凝塑胶制作基托和诱导面,打磨、试戴。

(4)患者每天戴 Activator 矫治器 16 h,2个月后覆𬌗、覆盖改善,6个月后覆𬌗、覆盖正常。

4.矫治结果　患者面形得到很大改善,下颌后缩改正、覆𬌗、覆盖正常,上下后牙有稳定的接触,新的肌动力平衡建立。

5.矫治体会

(1)Activator 矫治Ⅱ类1分类错𬌗畸形有以下优点:①矫治器制作简单,不易变形;②在乳牙列及混合牙列的快速生长期矫治效果良好;③矫治器仅在休息及晚间戴用,对口腔

功能、美观和口腔卫生无影响，对口内软组织无损伤，易于被患者接受；④复诊间隔时间长，减少临床操作时间。

(2)此患者为恒牙列早期，尚处于生长高峰前期，是行功能性矫治的时机。骨骼表现为轻度上颌前突，下颌后缩，是 Activator 矫治器的良好适应证。

(3)矫治成功与否全靠患者的使用。矫治前先向患者及家长详细说明矫治过程中应注意的问题、需克服的困难、矫治要达到的目标，此期矫治对面形生长的重要性，以获得充分的理解与信任。初戴矫治器时及时调整不适边缘，防止患儿抵触情绪产生。

【病案 316】

患者，男，11.5 岁，学生。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|234567}$，$\overline{|1}$先天缺失。$\frac{6|6}{6|6}$完全远中关系，覆殆Ⅲ度，下切牙咬于腭乳头以后的黏膜上，覆盖 13 mm，上颌中线居中，轻度拥挤（上颌 2 mm，下颌 3 mm），Spee 曲线陡峭。上颌骨正常，下颌后缩。面下 1/3 短，颏唇沟深，有咬下唇的不良习惯。下颌可前伸至切对切，但肌肉很紧张。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类 1 分类错殆。

(2)骨骼型：Ⅱ型。

2.治疗计划

(1)上颌斜面导板行功能性矫治，引导下颌前伸。

(2)Edgewise 技术行固定矫治，排齐牙齿。

3.矫治过程

(1)上颌斜面导板的制作及试戴。这一期矫治时间为 10 个月。

(2)固定矫治阶段。

1)上下颌$\frac{6|6}{6|6}$带环，$\frac{54321|12345}{54321|12345}$粘方丝弓托槽，用 0.40 mm、0.45 mm 钛镍合金丝排齐上下牙列，2 个月。

2)0.40 mm、0.45 mm 澳丝弯制摇椅弓、后倾弯，配合Ⅱ类牵引，3 个月。

3)0.45 mm 澳丝弯制理想弓，使上下后牙形成良好关系。

(3)使用上颌保持器，在前牙区形成小斜面防止下颌后缩复发，下颌保持器常规制作。

4.矫治结果　$\frac{6|6}{6|6}$中性关系，覆殆正常，覆盖 3 mm，下颌前移后使侧貌改善。

5.矫治体会

(1)该患者就诊时 11.5 岁，正处于青春发育高峰前期。侧面形表现为严重的下颌后缩，致深覆盖 13 mm，且有咬下唇的不良习惯。因此第一期矫治采用功能性矫治，用斜面导板引导下颌前伸，调节神经肌肉型，使下颌在正常位置上形成新的肌动力平衡，为后期矫治打下良好基础。

(2)因患者下颌后缩严重，制作斜面导板时不能一次就使下颌处于中性殆关系，否则可能产生颞下颌关节及肌肉症状。应分期逐步引导，直至建立中性殆关系，并习惯于在中

性𬌗位咀嚼，并嘱患者每日定时在中性𬌗位上进行咀嚼肌的训练，以巩固疗效。

(3)固定矫治阶段很简单，主要是改正牙列不齐，进一步打开咬合，精细牙位关系调整。

(4)上颌斜面导板应戴至青春高峰期后，至上下颌骨的发育基本稳定。

(5)最后矫治结果$\frac{6|6}{6|6}$及$\frac{3|3}{3|3}$均为中性𬌗关系，前牙覆盖稍大是因$\overline{|1}$先天缺失，上下牙量 Bolton 指数不调造成。

【病案 317】

患者，女，12 岁，学生。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$中性关系，覆𬌗Ⅱ度，覆盖 4 mm，上中线居中，下中线左偏 2 mm。拥挤度：上颌 3 mm，下颌 7 mm。Spee 曲线曲度 4 mm，上切牙唇倾，$\underline{5|}$近远中向扭转。

1. 诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗。

(2)深覆𬌗，深覆盖，牙列拥挤。

2. 治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)Edgewise 技术矫治，改深覆𬌗，改下𬌗中线以及$\underline{5|}$扭转。

3. 矫治过程

(1)上下颌粘带环、托槽，用钛镍合金丝排齐牙列，3 个月。

(2)上下颌用 0.40 mm 澳丝打咬合，同时牵引$\frac{3|3}{3|3}$向远中移动，5 个月。

(3)咬合打开后继续牵引$\frac{3|3}{3|3}$向远中，2 个月。

(4)关闭剩余间隙，3 个月。

(5)在$\underline{5|}$上粘舌侧钮，$\underline{6|}$舌侧焊拉钩，在$\underline{65|}$舌侧用链状圈牵引，$\underline{5|}$颊侧托槽靠远中粘结，$\underline{5|}$和$\underline{3|}$颊侧用弹力线牵引，与舌侧形成力偶，改正$\underline{5|}$扭转，3 个月。

(6)上下颌理想弓。

(7)Hawley 保持器。

4. 矫治结果　上下牙弓长度及宽度协调，牙列整齐。

5. 矫治体会

(1)中度拥挤病案，上切牙唇倾，采取拔除 4 个第一双尖牙矫治，需中度支抗。该病案采用了颊面近中欧米加曲及后牙连续结扎加强支抗。

(2)尖牙移动的最适力为 150 g，牵引力要控制好，防止支抗丧失及牙龈堆积。

(3)在移尖牙远中移动时，4 个切牙应连续结扎，防止扇形唇向漂移。

(4)在改正$\underline{5|}$扭转时，用 0.45 mm 澳丝弯制增大的外展弯，对抗$\underline{6|}$的扭转力。

【病案 318】

患者，女，12 岁，学生。

检查　上唇短缩，轻度开唇露齿，面形突，下颌骨后缩。面下 1/3 偏长。牙列式 $\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。$\frac{|6}{|6}$远中关系，$\frac{6|}{6|}$中性偏远中。下颌 Spee 曲线陡峭，前牙覆殆Ⅲ度，覆盖Ⅲ度。$\overline{5|5}$低位，$\overline{3|3}$中度拥挤。

1.诊断　Angle Ⅱ类错殆。

2.治疗计划

(1)拔$\frac{4|4}{5|5}$。

(2)排齐牙，减少突度，改善面形。

3.矫治过程

(1)顺次更换 0.34 mm、0.40 mm、0.45 mm 钛镍合金丝排齐整平上下牙弓。

(2)上颌换 0.45 澳丝，利用 J 钩压低上颌前牙。下颌 0.43 mm×0.63 mm 钛镍合金丝排齐后换 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢丝多用途弓压低下前牙。

(3)上颌利用 J 钩拉$\underline{3|3}$向后。下颌换 0.45 mm 澳丝，用链状橡皮圈拉$\overline{3|3}$向后。

(4)上下颌分别用链状橡皮圈内收$\frac{21|12}{21|12}$，主弓丝上加摇椅弓同时戴Ⅱ类牵引。

(5)上下颌 0.43 mm×0.63 mm 不锈钢丝完成弓丝。

4.矫治结果　磨牙中性关系，前牙浅覆殆、浅覆盖。

5.矫治体会

(1)该患者上牙弓长度较大，需较多的间隙内收上前牙，拔$\underline{4|4}$。而$\overline{5|5}$的拔除有利于$\overline{6|6}$前移，改善磨牙关系。

(2)压低前牙，打开咬合，才能充分内收前牙，利用头帽 J 钩高位牵引以降低上颌前牙段牙槽骨。继续使用 J 钩拉$\underline{3|3}$向后，节省了上颌支抗，利于前牙后移，改善面形。

(3)压低型多用唇弓对下颌平面角高的病人适用，但在压低切牙的同时，切牙将唇向倾斜，磨牙也可能远中倾斜，方丝前牙段增加负转矩，磨牙颊面管后末端稍后抽并回弯 90°，减少两者的发生。

【病案 319】

患者，女，17 岁，学生。

主诉　张口受限，关节疼痛半年余。

检查　面形较短，侧貌凹，颏唇沟深。牙列式 $\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。$\underline{|3}$ 唇侧错位，$\frac{21|12}{321|123}$舌向倾斜。前牙闭锁殆，深覆殆Ⅲ度。$\frac{6|6}{6|6}$中性偏远中殆关系。关节片提示双侧颞下颌关节功能紊乱综合征Ⅱ期。

1.诊断　Angle Ⅰ类错殆。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)排齐牙，解除前牙闭锁殆，调整磨牙关系。

3.矫治过程

(1)粘上颌托槽，顺次更换 0.34 mm、0.40 mm 及 0.45 mm 钛镍合金丝排齐上颌牙列。

(2)半年后上下前牙出现 2 mm 覆盖，粘下颌托槽，钛丝排齐整平下牙列。

(3)上下颌换 0.45 mm 澳丝加摇椅弓，Ⅱ类颌间牵引。

(4)上下颌换 0.43 mm×0.63 mm 完成弓丝。

4. 矫治结果　双侧第一恒磨牙中性殆关系，关节症状缓解。

5. 矫治体会

(1)该患者的关节症状系由前牙闭锁殆引起，故解除前牙闭锁是关键。

(2)钛镍合金丝排齐牙，上颌前牙唇倾，可使面形有所改善，下颌可少许前移，矫正髁状突位置。

【病案 320】

患者，女，13 岁，学生。

检查　面形稍凹，面下 1/3 较短，颏唇沟深。牙列式 $\frac{6\text{V}4321|123456}{64321|1234\text{V}6}$，$\overline{5|}$间隙不足未萌出，3|3唇侧错位。$\frac{|6}{|6}$中性殆关系，$\frac{6|}{6|}$远中尖对尖关系，前牙覆殆Ⅲ度，覆盖Ⅱ度。

1.诊断　Angle Ⅱ类 1 分类亚类错殆。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)推磨牙向后展开间隙，排齐牙列，调整磨牙关系。

(3)前牙唇向倾斜并展间隙，改善面形。

3.矫治过程

(1)钛镍合金丝排齐牙列，上颌使用口外弓加颈牵引，推6|6向远中，下颌使用唇挡推6|6向远中。

(2)上颌平面导板打开咬合。

(3)治疗过程中，$\frac{5|}{5|5}$萌出于正常位置。

(4)4| 与 2| 之间及|2 与|4 之间放螺旋弹簧推4|4向后，同时21|12稍许唇向倾斜。

(5)上颌用 0.45 mm 不锈钢丝，下颌用 0.40 mm 不锈钢丝，加摇椅弓，行Ⅱ类颌间牵引。片段钛镍合金丝排齐3|3。

(6)上下颌换 0.43 mm×0.63 mm 完成弓丝。

4.矫治结果　面形直，双侧磨牙中性关系，前牙浅覆殆、浅覆盖。

5.矫治体会

(1)患者面形不突且颏唇沟深，其深覆殆、深覆盖系由下颌后缩引起，故不能采取拔牙、内收前牙的方法，而是要打开咬合，导下颌向前。

(2)因第二恒磨牙尚未萌出，患者面形稍显凹，故可采用推磨牙向后及唇向展开前牙

两种方法获取间隙。

(3)面下 1/3 较短，属低角病人，使用低位牵引——颈牵引有利上颌后牙的伸长，从而改善面形，打开咬合。

(4)平面导板的使用，一方面压低下前牙；另一方面升高后牙，打开咬合。

【病案 321】

患者，女，12 岁，学生。

检查　面形突，有口呼吸及咬下唇习惯。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，⌈4 唇向错位。$\frac{|6}{|6}$远中殆关系，$\frac{6|}{6|}$中性殆关系。下颌中线偏左 3 mm，前牙覆殆Ⅰ度，覆盖Ⅱ度。

1.诊断　Angle Ⅱ类 1 分类亚类错殆。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)Twin－Block 导下颌向前。

(3)排齐牙，调整下殆中线及磨牙关系。

3.矫治过程

(1)上下颌钛镍合金丝排齐牙，同时戴 Twin－Block 每天 24 h，吃饭时不取下。

(2)下颌前移到位，逐步降低殆垫高度直至去除 Twin－Block，戴Ⅱ类颌间牵引。

(3)上颌 0.45 mm 不锈钢丝，下颌 0.40 mm 不锈钢丝，2⌋ 与⌈3 及⌊2 与⌈6 之间斜行牵引，同时调整中线及$\frac{|6}{|6}$殆关系。

(4)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝。

4.矫治结果　磨牙中性殆关系，浅覆殆、浅覆盖，口呼吸习惯解除。

5.矫治体会

(1)Twin－Block 功能矫治器可戴用吃饭，有持续性矫治力，矫治效果明显，而且前移下颌过程中并不影响牙列的排齐，节省了治疗时间。

(2)下颌前伸至新的位置后，呼吸道内径得以扩大，从而减轻口呼吸。

【病案 322】

患者，女，16 岁，学生。

检查　面形突，面下 1/3 高度正常，替牙期曾有吐舌和咬下唇习惯。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。无错位牙。$\frac{6|6}{6|6}$完全远中殆关系。前牙覆殆Ⅲ度，覆盖Ⅱ度。

1.诊断　Angle Ⅱ类 1 分类错殆。

2.治疗计划

(1)拔$\frac{4|4}{5|5}$。

(2)排齐整平上下牙列，调整磨牙关系及前牙覆殆、覆盖。

3.矫治过程

(1)排齐上下牙列，戴前牙平面导板。

(2)上下颌用 0.40 mm 不锈钢丝加摇椅弓，链状橡皮圈拉尖牙向远中，Ⅱ类颌间牵引。

(3)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝。

(4)上下颌换 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢丝，侧切牙远中加 T 形曲，关闭间隙，继续Ⅱ类牵引。

(5)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 完成弓丝。

4.矫治结果　面形明显改善，磨牙中性殆关系，前牙浅露殆、浅覆盖。

5.矫治体会

(1)Angle Ⅱ类错殆且磨牙关系为完全远中关系时，可选择拔除$\frac{4|4}{5|5}$的方法，以利于磨牙关系的调整和上前牙的腭侧移动。

(2)深覆殆、深覆盖病案治疗全过程应重视打开咬合。

(3)Ⅱ类颌间牵引一方面可节省上颌磨牙支抗，使上前牙充分内收有利于面形的改善；另一方面可减少下颌第一恒磨牙的近中倾斜。

【病案 323】

患者，男，12 岁，学生。

检查　面形直。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。$\frac{1|}{3|}$唇向错位，$\overline{2|}$舌向错位，$\overline{|3}$扭转，$\frac{4|}{4|}$正锁殆。$\frac{6|6}{6|6}$远中殆关系，前牙覆殆Ⅲ度，覆盖Ⅲ度。Ⅰ度拥挤。

1.诊断　Angle Ⅱ类 1 分类错殆。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)Ⅱ类牵引调整磨牙关系。

3.矫治过程

(1)钛镍合金丝排齐牙、整平牙弓。

(2)前牙平面导板打开咬合。

(3)上下颌换 0.34 mm 不锈钢丝加摇椅弓，配合Ⅱ类颌间牵引。

(4)上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝，方法同上。继续Ⅱ类牵引。

(5)保持器上颌腭侧基板加斜面导板，保持下颌前伸位。

4.矫治结果　磨牙中性殆关系，前牙浅覆殆、浅覆盖。

5.矫治体会

(1)上下牙列轻度拥挤且面形直，可将前牙唇向展开以获得足够间隙排齐所有牙齿。

(2)男性患者 12 岁仍有较大的生长潜力，磨牙关系可借助Ⅱ类颌间牵引得以改善，而不必采用拔牙的手段使下颌第一恒磨牙前移。

(3)Ⅱ类牵引使下颌整体前移，关节髁状突重新改建并稳定于新的殆位，这样前牙深覆殆深覆盖得以纠正。

(4)保持器上加斜导以巩固治疗效果。

【病案 324】

患者，男，15 岁，学生。

检查 面形稍突。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，3|3唇侧错位，21|12牙冠舌向倾斜，|2扭转。上中线右偏 1 mm。$\frac{6|6}{6|6}$完全远中𬌗关系。前牙闭锁𬌗，深覆𬌗Ⅲ度。

1. 诊断 Angle Ⅱ类 2 分类错𬌗。

2. 治疗计划

(1)拔除4|4。

(2)保持磨牙远中𬌗关系，前牙达到浅覆𬌗、浅覆盖。

3. 矫治过程

(1)贴上颌托槽，钛镍合金丝排齐上颌牙列。

(2)贴下颌托槽，钛镍合金丝排齐下颌牙列，上颌换 0.40 mm 不锈钢丝加摇椅弓。

(3)上颌链状橡皮圈拉尖牙远中移动，下颌换 0.40 mm 不锈钢丝加反摇椅弓，左侧Ⅱ类颌间牵引，调整上颌中线。

(4)上颌换 0.43 mm×0.63 mm 钛镍合金丝。

(5)上颌换 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢丝，于侧切牙远中加T形曲内收前牙，关闭拔牙间隙。

(6)上下颌换 0.43 mm×0.63 mm 不锈钢丝完成弓丝。

4. 矫治结果 磨牙完全远中𬌗关系，前牙浅覆𬌗、浅覆盖，中线居中，面形有所改善。

5. 矫治体会

(1)由于前牙锁𬌗，影响下前牙托槽的粘贴，故先排齐上颌牙，在排齐过程中21|12牙冠唇向倾斜，前牙出现较深的覆盖，错𬌗由 Angle Ⅱ类 2 分类变成 1 分类，以下按照 Angle Ⅱ类 1 分类错𬌗治疗步骤进行即可。此即 Angle Ⅱ类 2 分类一般矫治过程。

(2)该患者属于上牙列－牙槽骨前突型 Angle Ⅱ类错𬌗，下牙列－牙槽骨基本正常。排齐及内收上颌前牙需足够的间隙，而7|7已萌出，后推磨牙不易，故采用拔牙矫治，拔除4|4。下颌较整齐，完全远中𬌗亦为一种稳定𬌗关系，故不必为追求中性𬌗而拔牙。

【病案 325】

患者，女，15 岁，学生。

检查 面形明显前突。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{1|1}{|}$唇侧错位，$\frac{2|2}{2|1}$舌(腭)侧错位。$\frac{6|}{6|}$远中尖对尖关系，$\frac{|6}{|6}$中性关系。上下牙弓拥挤Ⅲ度，前牙覆𬌗Ⅲ度，覆盖Ⅲ度。牙弓为尖圆形。

1. 诊断 Angle Ⅱ类 1 分类亚类错𬌗。

2. 治疗计划

(1)拔$\frac{4|4}{5|4}$。

(2)排齐牙，调整$\frac{6|}{6|}$至中性关系。

3.矫治过程

(1)上下颌用0.34 mm钛镍合金丝。$\underline{3|}$与$\underline{1|}$之间和$\underline{|1}$与$\underline{|3}$之间放螺旋弹簧，推$\underline{3|3}$向远中，为$\underline{2|2}$开大间隙。$\overline{6|}$与$\overline{3|}$之间及$\overline{|3}$与$\overline{|6}$之间链状皮圈拉$\overline{3|3}$向后，为$\overline{21|12}$开展间隙。

(2)上下颌换0.40 mm钛镍合金丝。

(3)上下颌换0.40 mm不锈钢丝加摇椅弓，$\underline{2|2}$远中弯制小圈曲，使用头帽J钩拉$\underline{3|3}$向后。

(4)上下颌换0.43 mm×0.63 mm钛镍合金丝。

(5)上下颌换0.45 mm×0.63 mm不锈钢丝附有T形曲，关闭间隙。

(5)上下颌换0.43 mm×0.55 mm完成弓丝。

4.矫治结果　磨牙中性𬌗关系，前牙浅覆𬌗、浅覆盖，面形有所改善。

5.矫治体会

(1)下颌不对称拔牙的目的，是为了磨牙关系矫正的方便。$\frac{6|}{6|}$远中尖对尖，$\overline{6|}$需向前移半个牙尖，故拔$\overline{5|}$以利$\overline{6|}$的前移。而$\frac{|6}{|6}$中性𬌗关系，为保持其中性𬌗关系，拔$\frac{|4}{|4}$。

(2)由于面形突，牙列拥挤，且覆𬌗、覆盖较深，因此充分利用拔牙间隙排齐并内收前牙是矫治成功的关键，使用头帽J钩以节省后牙支抗。

(3)内收前牙过程中，注意防止前牙覆𬌗的加深，$\underline{2|2}$加正转矩。

(4)排齐整平阶段咬合打开很重要。

【病案326】

患者，男，15岁，学生。

检查　面形直，上颌正常，下颌稍后缩。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。$\underline{|1}$唇倾，$\underline{54321|1234}$存在散隙。$\frac{|6}{|6}$中性𬌗关系，$\frac{6|}{6|}$远中𬌗关系。前牙覆𬌗Ⅲ度，覆盖Ⅲ度。下颌中线偏右1.5 mm，下牙弓轻度后缩。

1.诊断　Angle Ⅱ类1分类亚类错𬌗。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)排齐牙，关闭散隙内收前牙。

(3)调整磨牙关系，调整中线。

3.矫治过程

(1)上下颌用钛镍合金丝排齐牙。

(2)上颌换0.40 mm不锈钢丝加摇椅弓，$\underline{54321|12345}$链状橡皮圈关间隙，同时内收上前牙。下颌换0.40 mm不锈钢丝反摇椅弓，Ⅱ类颌间牵引。

(3)$\overline{2|}$与$\underline{|2}$之间斜行牵引纠正下颌中线。

(4)上下颌换 0.43 mm×0.63 mm 钛镍合金丝。

(5)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 完成弓丝。

4.矫治结果　磨牙中性𬌗关系，前牙浅覆𬌗、浅覆盖，上颌间隙关闭，下颌中线偏斜纠正。

5.矫治体会

(1)对于上牙弓存在散隙，前突并不明显的深覆𬌗、深覆盖病案，拔牙需慎重，可先关闭间隙内收前牙，观察疗效再决定是否拔牙。

(2)该患者错𬌗畸形的原因是下颌后缩，治疗应以导下颌向前为主，而不是以内收上前牙为主。

【病案 327】

患者，女，17 岁，学生。

检查　面形较短、平直，面下 1/3 高度偏低。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\underline{1|1}$唇侧错位内翻，$\overline{3|}$扭转。$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，前牙深覆𬌗、深覆盖均为Ⅲ度，上牙弓呈尖圆形。

1.诊断　Angle Ⅰ类错𬌗。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)排齐上下前牙同时上颌扩弓。

(3)保持磨牙中性𬌗关系。

3.矫治过程

(1)上颌用 0.34 mm 直钛镍合金丝，下颌用 0.34 mm 预成钛镍合金丝。

(2)上颌换 0.40 直钛镍合金丝，下颌换 0.40 mm 预成钛镍合金丝。

(3)配戴上前牙微型平面导板，上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝加摇椅弓以打开咬合。

(4)上颌关闭前牙散隙并内收前牙，下颌于$\overline{3|}$近远中弯制垂直加力单位，纠正$\overline{3|}$扭转。

(5)上下颌换 0.45 mm 不锈钢丝加摇椅弓，方法同步骤(4)，去除平面导板，继续内收前牙。

(6)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝。

(7)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 不锈钢丝完成弓丝。

4.矫治结果　前牙浅覆𬌗、浅覆盖，磨牙中性𬌗关系，上牙弓呈卵圆形。

5.矫治体会

(1)因上牙弓较狭窄，造成上前牙前突而形成深覆𬌗、深覆盖，用直钛丝扩弓，为上前牙内收提供间隙。在直钛丝作用下随牙弓扩大$\underline{3|3}$的近远中出现散隙。

(2)前牙平面导板打开咬合的机制：①压低下前牙，压低的最大限度为 1.5 mm；②升高后牙，咬合时仅前牙接触，后牙会过度萌出，重新达到咬合接触。其升高后牙作用会使面下 1/3 高度增加，故平面导板适用于低角病人。

(3)戴平面导板打开咬合之后，需在不锈钢丝上弯制摇椅弓以巩固咬合打开的效果。

【病案 328】

患者，男，13岁，学生。

检查　面形凸，中度开唇露齿。牙列式$\frac{654321|123456}{654321|123456}$，1|1唇向倾斜，|4腭侧错位，|5颊侧错位，上下颌牙列Ⅱ度拥挤，$\frac{6|6}{6|6}$远中殆关系，前牙深覆殆Ⅲ度、深覆盖Ⅲ度。

1.诊断　Angle Ⅱ类1分类错殆。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{4|4}$。

(2)排齐牙齿，内收前牙，纠正深覆殆、深覆盖。

(3)Ⅱ类颌间牵引调整磨牙关系。

3.矫治过程

(1)上颌制作腭弓加强支抗　上下颌用0.34 mm钛镍合金丝，$\frac{3|3}{3|3}$向后结扎。

(2)上下颌换0.40 mm钛镍合金丝，$\frac{3|3}{3|3}$继续向后结扎。

(3)上下颌换0.40 mm不锈钢丝加摇椅弓，上颌戴前牙微型平面导板。65|及|56连扎，链状橡皮圈拉3|3向后，下颌与上颌同法。

(4)上下颌换0.45 mm不锈钢丝加摇椅弓，继续步骤(3)，戴Ⅱ类颌间牵引。

(5)$\frac{3|3}{3|3}$到位，上下颌换0.43 mm×0.55 mm钛镍合金丝。

(6)上下颌换0.45 mm×0.63 mm不锈钢丝，于侧切牙远中弯制T形曲，内收前牙关闭间隙。去除平面导板，继续Ⅱ类颌间牵引。

(7)上下颌换0.43 mm×0.55 mm不锈钢完成弓丝。

4.矫治结果　面形有明显改善，双唇能自然闭拢，前牙浅覆殆、浅覆盖，后牙中性殆关系。

5.矫治体会

(1)上下颌牙列Ⅱ度拥挤，加之面形明显前突，必须拔牙矫治，并且需加强上颌磨牙支抗，使前牙充分内收以改善面形。

(2)男性患者13岁，仍具有较强的生长潜力，其下颌可前伸至磨牙中性位，所以我们认为打开咬合后，在Ⅱ类牵引的作用下，下颌前伸，磨牙可达到中性殆关系，故不必拔5|5使6|6前移。其上下颌牙列Ⅱ度拥挤，排齐整平需较多间隙，故拔除$\frac{4|4}{4|4}$为最佳选择。

第四节 开 𬌗

【病案 329】

患者，女，16 岁，学生。

检查 牙列式$\frac{7364321|1234637}{736432|234637}$，$\frac{6|6}{6|6}$中性𬌗关系，上前牙唇向倾斜，$\frac{321|123}{32|23}$开𬌗，有散在间隙，开𬌗Ⅱ度。腭盖高拱，舌体肥大，有伸舌吞咽习惯。$\overline{1|1}$义齿。

1. 诊断

(1)Angle Ⅰ类错𬌗。

(2)前牙开𬌗。

2. 治疗计划

(1)改正不良习惯。

(2)纠正开𬌗，关闭散在间隙。

(3)$\overline{1|1}$义齿修复。

3. 矫治过程

(1)上下颌粘带环、托槽，用 0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，2 个月。

(2)上下颌用 0.45 mm 澳丝，弯制摇椅弓、后倾弯，在$\frac{3|3}{3|3}$近中有牵引钩，上下前牙行盒式牵引，5 个月。

(3)上颌 0.45 mm 澳丝，利用弓丝向后滑动机制，橡皮圈牵引关闭剩余间隙。下颌 0.45 mm澳丝，左、右两侧分别用弹力线关闭间隙，2 个月。

(4)上下颌 0.45 mm 澳丝，在上下前磨牙上做牵引钩，上下垂直局部牵引，使前磨牙形成良好尖窝锁结关系，2 个月。

(5)上下颌理想弓，精细牙位调整。

(6)使用保持器，上颌为常规 Hawley 保持器，下颌为不带支托、带有$\overline{1|1}$两个临时义齿的活动保持器。

4. 矫治结果 开𬌗纠正，开唇露齿改善，散在间隙关闭。

5. 矫治体会

(1)开𬌗是临床上较为常见的一类错𬌗畸形，对这一类错𬌗要首先明确其病因。该患者有长期的伸舌吐咽习惯。舌体肥大，习惯性位于上下前牙之间，造成前牙开𬌗 4 mm，开唇露齿，妨碍发音，影响美观及咀嚼功能。对其强调指出伸舌的不良影响后，患者表示愿意努力克服。对年龄较小不能自觉改正的患者，应先用腭刺、腭网或舌屏破除不良习惯后再行固定矫治，否则容易复发。

(2)患者属中度开𬌗，不仅无牙列拥挤，反而上下颌均有间隙，故无须拔牙，通过前牙区的垂直牵引形成了正常的关系。

(3)2 年后随访无复发,说明患者已克服了不良习惯,矫治效果稳定。

【病案 330】

患者,男,13 岁,学生。

检查 牙列式$\frac{7364321|1234637}{7364321|1234637}$,$\frac{6|6}{6|6}$远中关系,前牙开殆Ⅲ度,$\underline{3|3}$唇侧低位,上颌拥挤度Ⅱ度,下颌牙列齐,中线居中。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类错殆。

(2)前牙开殆,牙列拥挤。

2.治疗计划

(1)拔除$\underline{4|4}$。

(2)多曲方丝弓技术矫治。

3.矫治过程

(1)上下颌粘带环、托槽,用 0.36 mm ~ 0.45 mm 钛镍合金丝排齐牙列,5 个月。

(2)换用 0.45 mm × 0.63 mm 不锈钢方丝,在尖牙以后的每个牙近中弯制靴形曲,并调整靴形曲的方向,使牙齿向远中方向倾斜,在上下尖牙靴形曲的垂直方向用橡皮圈牵引,4 个月。

(3)换用 0.45 mm 不锈钢丝,在$\underline{3|3}$近中弯制泪滴曲,关闭剩余间隙;弓丝有末端后倾弯,前牙区橡皮圈垂直牵引,3 个月。

(4)上下颌理想弓协调。

(5)拆除固定矫治器,做 Hawley 保持器,保持 1 年半。

4.矫治结果 $\frac{6|6}{6|6}$完全远中关系,覆殆、覆盖正常,牙列整齐。

5.矫治体会

(1)本例开殆机制为前牙槽发育不足,伴有Ⅱ度牙列拥挤,故需拔除上颌第一前磨牙,达到排齐牙齿、内收前牙、拉长上下前牙改正开殆的目的。

(2)开殆患者牙齿表现为近中倾斜,后牙支点高。矫治采用多曲方丝弓技术,在靴形曲上加力,使后牙长轴向远中倾斜,支点降低,有利于矫治开殆及矫治后稳定。

(3)摇椅弓矫治开殆时,与打开咬合时弓丝的弯制及放置相同,不同的是在前牙区进行垂直上下牵引,作用力的结果是后牙被压低。若单纯伸长前牙改开殆,疗效不稳定,易复发。

【病案 331】

患者,男,22 岁,职员。

检查 面形直,而下 1/3 较长。牙列式$\frac{87654321|12345678}{87654321|12345678}$,牙轴前倾,$\underline{321|1234}$存在间隙,⌈5 舌向倾斜,$\frac{4321|12345}{4321|12345}$开殆,$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系,$\frac{3|3}{3|3}$远中殆关系,前牙覆盖 8 mm,开殆 3 mm。

1.诊断　Angle Ⅰ类错䶢。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{8|8}{8|8}$。

(2)采用方丝弓 MEAW 技术,竖直后牙。

3.矫治过程

(1)$\frac{76|67}{76|67}$上方丝弓带环,$\frac{54321|12345}{54321|12345}$贴托槽,托槽尺寸0.45 mm,上下颌用0.30 mm钛镍合金丝排齐牙列。

(2)上下颌换0.36 mm钛镍合金丝继续排齐牙列。

(3)上下颌换0.36 mm不锈钢丝,$\underline{321|1234}$用链状橡皮圈关闭间隙。

(4)上下颌换0.40 mm×0.55 mm钛镍合金丝排齐牙列。

(5)上下颌换0.40 mm×0.55 mm不锈钢丝,除$\frac{21|12}{21|12}$以外,每个牙上均弯制L形曲,末端加后倾弯3°~5°,上颌呈加强的Spee曲线,下颌为反Spee曲线。在第一个L形曲上、上下颌间挂垂直牵引。

4.矫治结果　后牙中性䶢关系,牙轴竖直,前牙覆䶢、覆盖正常。

5.矫治体会

(1)开䶢者,其侧方的牙轴常表现为近中倾斜,矫治原则应该是竖直后牙,使后牙长轴尽可能与䶢平面垂直,同时内收前牙增加前牙的䶢接触。双尖牙的拔除,常会增加磨牙近中倾斜的可能性,竖直磨牙变得更困难,故拔牙越偏后,越利于开䶢的矫正和矫正后的稳定性。显然,拔除第三磨牙可达到后牙的竖直及前牙的后移,达到开䶢矫正的目的。

(2)上颌Spee曲线、下颌反Spee曲线的唇弓对上下前牙有压低作用,对开䶢治疗不利,为抵消该作用,前牙区作垂直牵引(闭口时牵引为50 g),这样弓丝力量全部作用于后牙,使每个牙近中升高远中压低,从而竖直后牙。

【病案332】

患者,男,11岁,学生。

检查　面形突,轻度开唇露齿。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$,牙轴竖直。$\underline{1|1}$唇向错位,$\underline{2|2}$舌向错位,$\frac{6|6}{6|6}$远中䶢关系,下颌牙列无拥挤。前牙覆盖5 mm,开䶢2 mm。

1.诊断　Angle Ⅱ类1分类错䶢。

2.治疗计划

(1)拔除$\frac{4|4}{5|5}$。

(2)排齐上下牙,内收上颌前牙。

(3)Ⅱ类颌间牵引调整磨牙关系。

3.矫治过程

(1)$\underline{6|6}$带环焊腭杠。上下颌牙列以0.36 mm~0.40 mm钛镍合金丝排齐。

(2)上下颌换 0.40 mm 钛镍合金丝,链状橡皮圈牵引关闭上下颌拔牙间隙,同时Ⅱ类颌间牵引。

(3)上下颌换 0.45 mm 不锈钢丝,继续关闭间隙及Ⅱ类颌间牵引。

(4)上下颌换 0.45 mm×0.63 mm 钛镍合金丝排齐整平牙列,1 个月。

(5)上下颌换 0.425 mm×0.55 mm 不锈钢丝。

4. 矫治结果　上下牙齿排齐,前牙覆船、覆盖正常,磨牙中性船关系。

5. 矫治体会

(1)Angle Ⅱ类错船且磨牙为完全远中关系时,选择拔除$\frac{4|4}{5|5}$的方法,利于磨牙关系的调整。

(2)该患者上前牙拥挤加之深覆盖,排齐及内收上前牙需较多的间隙,拔牙部位宜偏前,而下颌拔牙目的仅为调整磨牙关系,拔牙部位宜偏后。

(3)上颌需中度支抗,选用腭杠,下颌需磨牙前移,弱支抗。

(4)在关闭间隙过程中,随着前牙后移,覆船逐渐加深,消除前牙开船。

第五节　锁　船

【病案 333】

患者,女,26 岁,教师。

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7\ 54321|12345\ 7}$,$\overline{6|6}$数年前龋坏拔除,拔牙间隙基本未丧失。$\lfloor 6$伸长,咬至下牙槽黏膜上。$\frac{|457}{|457}$正锁船,$\frac{7|}{7|}$尖窝锁结正常。深覆船Ⅱ度,覆盖 3 mm,上颌拥挤度 2 mm,下颌拥挤度 3 mm,下颌轻微右偏,侧面形直。

1. 诊断

(1)左侧后牙正锁船。

(2)深覆船。

2. 治疗计划

(1)拔除$\lfloor 6$。

(2)Edgewise 技术矫治。缩小上牙弓,扩大下牙弓,矫治锁船,整平牙弓。

3. 矫治过程

(1)上颌以 0.36 mm 钛镍合金丝排齐,下颌以 0.40 mm 钛镍合金丝排齐,2 个月。

(2)上下颌换用 0.45 mm 澳丝,在$\lceil 45$的舌侧粘舌侧钮,$\lfloor 45$颊侧弯牵引钩,$\frac{|45}{|45}$跨船牵引,3 个月。

(3)$\lceil 7$舌侧焊牵引钩,橡皮圈$\frac{|7}{|7}$跨船牵引,2 个月。

(4)上下颌以 0.45 mm 澳丝,加摇椅弓、后倾弯,打开咬合,4 个月。

(5)上下颌以 0.45 mm 澳丝弯制理想弓,调整个别牙位关系,2 个月。

(6)Hawley 保持器。

4.矫治结果 上下中线齐,上下后牙尖窝锁结良好,覆殆、覆盖正常。$\frac{|6}{6|6}$间隙保留至最后进行修复。

5.矫治体会

(1)该病案为上下牙弓横向关系不调,上牙弓宽,下牙弓窄,治疗需缩小上牙弓、扩大下牙弓,协调上下牙弓宽度,故上颌需减数。因$\overline{|6}$长期缺失,致$\underline{|6}$伸长并咬至下牙槽黏膜,实质上$\underline{|6}$已无咀嚼功能并影响修复治疗,故拔除。

(2)为改正$\frac{|457}{|457}$锁殆,采用了橡皮圈跨殆牵引,在牵引过程中应及时调殆,避免咬合干扰,引起咬合疼痛及牙齿松动。

(3)因$\frac{7|}{7|}$关系良好,治疗计划决定保留$\overline{6|}$拔牙间隙,在后期修复时可做成双端桥。若将$\overline{7|}$近中移动代替$\overline{6|}$的位置,修复时只能做成单端桥,不如双端桥受力合理。$\frac{|7}{|7}$的修复思路与右侧一致。

(4)在改正锁殆时,可配合平面导板,使后牙脱离咬合关系,缩短疗程,但应注意平面导板使用时间不能太长,殆垫也不应太厚,以免后牙伸长形成开殆。

(5)矫治完成后,因上下牙弓关系协调,咬合左右平衡,患者下颌偏斜也得到纠正。

【病案 334】

患者,男,25 岁,个体。

检查 牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$,$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系,开口度 40 mm,开口时下颌左偏 2 mm,双侧关节在开口时扪及弹响,有关节区及肌肉疼痛。$\frac{4|7}{4|7}$正锁殆。上下牙列拥挤度均为Ⅰ度。

1.诊断

(1)Angle Ⅰ类错殆。

(2)$\frac{4|7}{4|7}$正锁殆。

(3)颞下颌关节功能紊乱。

2.治疗计划 Edgewise 技术矫治$\frac{4|7}{4|7}$锁殆,改正牙列拥挤。

3.矫治过程

(1)上颌使用平面导板,$\frac{|7}{|7}$粘带环,做颊、舌侧交互牵引,改善$\frac{|7}{|7}$锁殆,2 个月。

(2)上下颌粘带环、托槽,0.40 mm 钛镍合金丝矫治牙列轻度拥挤,1 个月。

(3)下颌以 0.40 mm 澳丝,在$\overline{53|}$之间置螺簧开拓间隙,并行$\frac{4|}{4|}$交互牵引,每 3 周复诊调殆。$\frac{4|}{4|}$锁殆解除及关节弹响、疼痛消失,共约 6 个月。

(4)拆除上下颌带环、托槽，戴 Hawley 保持器 1 年。

4. 矫治结果　锁𬌗解除，牙列整平，颞下颌关节症状消失。

5. 矫治体会　某些错𬌗畸形引起严重的𬌗干扰时，可影响到肌肉和关节，引起颞下颌关节功能紊乱综合征。该患者主诉颞下颌关节弹响及疼痛，并反复出现不明原因的头痛，影响饮食、睡眠及正常工作。口腔检查发现：$\frac{4|7}{4|7}$正锁𬌗，$\frac{64|6}{75|7}$在前伸位早接触，严重的𬌗干扰是患者头痛的主要原因。因此仅采取关节局部封闭、理疗等方法，只能使症状缓解或减轻，很容易复发。根本解决方法是正畸治疗改变错位牙齿及颌位，消除𬌗干扰。一方面解除关节症状，恢复牙𬌗的正常功能；另一方面使牙、面形美观。

【病案 335】

患者，男，25 岁，工人。

检查　面形直，牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$。$\underline{1|1}$外翻，$\underline{|34}$唇向扭转，$\frac{|7}{|7}$正锁𬌗，$\frac{|6}{|6}$远中𬌗关系，$\frac{6|}{6|}$中性𬌗关系，前牙深覆𬌗、深覆盖Ⅱ度。双侧颞下颌关节弹响、疼痛。$\underline{|7}$颊向错位，$\overline{|7}$舌向错位。

1. 诊断　Angle Ⅱ类 1 分类亚类错𬌗。

2. 治疗计划

(1)拔除$\underline{|4}$。

(2)排齐上下牙，纠正深覆𬌗、深覆盖及$\frac{|7}{|7}$锁𬌗，关节症状改善。

3. 矫治过程

(1)$\frac{6|67}{6|67}$带环，$\overline{|7}$带环焊舌侧钮，上颌戴前牙平面导板，上下颌以 0.36 mm 钛镍合金丝排齐牙列。

(2)上下颌换 0.40 mm 钛镍合金丝，调磨$\underline{|7}$舌尖及$\overline{|7}$颊尖，继续排齐，$\underline{|7}$与$\overline{|7}$交互牵引。

(3)上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝加摇椅形弓，打开咬合，继续戴用平面导板。

(4)咬合已打开，上下颌换 0.45 mm×0.55 mm 钛镍合金丝排齐，去除平面导板。

(5)上颌换 0.45 mm×0.55 mm 不锈钢丝于$\underline{|3}$远中弯制 T 形曲，$\underline{|567}$连扎，关闭间隙。

(6)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 不锈钢丝。

4. 矫治结果　前牙浅覆𬌗、浅覆盖，$\frac{|7}{|7}$覆𬌗、覆盖正常。$\frac{|6}{|6}$完全远中关系，$\frac{|6}{|6}$保持中性𬌗关系。关节弹响、疼痛基本消失。

5. 矫治体会

(1)咬合、肌肉和关节三者是一个功能整体，是决定下颌运动的重要因素，其中𬌗因素的变化最大。个别后牙锁𬌗影响下颌的侧方运动，在咀嚼过程中产生创伤性𬌗，对颞下颌关节的影响很大。

(2)本例患者$\underline{|7}$颊向错位，$\overline{|7}$舌向错位同时存在，故使用固定矫治器，同时锁𬌗牙之间

进行交互牵引。

【病案 336】

患者，女，21 岁，学生。

检查　侧貌突，上颌前突，下颌后缩。牙列式$\frac{7654321|12345678}{7654321|123457}$，⌈6 缺失，间隙存在；⌊3唇向低位，⌊7 颊侧倾斜，⌈7 舌侧倾斜，$\frac{6|}{6|}$完全远中关系，上颌中线偏右 2 mm；前牙深覆𬌗，深覆盖Ⅱ度，上牙弓前突，下牙弓后缩。颞下颌关节弹响。

1.诊断　Angle Ⅱ类 1 分类亚类错𬌗。

2.治疗计划

(1)患者以关节症状就诊，正畸治疗主要解决引起关节症状的错𬌗畸形。

(2)拔⌊48

(3)排齐上下牙，解除$\frac{|7}{|7}$锁𬌗。

(4)维持⌈6 缺隙，义齿修复。

(5)纠正上颌中线，关闭拔牙间隙，调整前牙覆𬌗、覆盖。

3.矫治过程

(1)上下颌以 0.36 mm 钛镍合金丝排齐牙，⌊2 弓丝未入托槽，链状橡皮圈拉⌊3 向后，⌊567 “8”字连扎

(2)上下颌换 0.40 mm 钛镍合金丝继续排齐，继续拉⌊3 向后。

(3)上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝，⌊1235 0.36 mm片段钛镍合金丝排⌊23，下颌后牙右侧𬌗垫，$\frac{|7}{|7}$交互牵引。

(4)上下颌换 0.45 mm 不锈钢丝加摇椅弓，链状橡皮圈牵引内收前牙关闭剩余间隙。

(5)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝。

4.矫治结果　$\frac{|7}{|7}$锁𬌗解除，前牙覆𬌗、覆盖正常，颞下颌关节弹响消失。

5.矫治体会　在颞下颌关节紊乱综合征的正畸治疗中，一般选用颌内支抗矫治力或肌能矫治力来改变牙位、颌位或颌间高度，而尽量不用或少用以下颌作支抗的颌间牵引矫治力或直接作用于下颌的颌外矫形力，因为这两种力能通过下颌而直接施力于颞下颌关节，而对已经有功能、结构改变或器质性病变的颞下颌关节，无疑能引起症状及病变的加重。

第六节　反　𬌗

【病案 337】

患者，男，8.5 岁，学生。

检查 混合牙列，牙列式$\frac{64Ⅲ21|123Ⅳ\ Ⅴ6}{6Ⅳ321|126}$，$\frac{6|6}{6|6}$完全近中关系，中线居中 $\frac{21|12}{21|12}$反殆，反覆殆Ⅱ度，反覆盖3 mm。面中份稍微凹陷，下颌能后退至切对切关系。

1.诊断

(1)Angle Ⅲ类错殆。

(2)前牙反殆。

2.治疗计划 "4×4"矫治技术矫正反殆。

3.矫治过程

(1)$\frac{6|6}{6|6}$带环，$\frac{21|12}{21|12}$粘方丝弓托槽，以0.40 mm钛镍合金丝排齐上下牙列，1个月。

(2)上下颌换用0.40 mm澳丝，弯制多用辅弓，配合Ⅲ类牵引改正反殆，3个月。

(3)拆除固定矫治器，完成治疗。

4.矫治结果 $\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，覆殆、覆盖正常，面形改善。

5.矫治体会

(1)反殆是对面形生长影响很大的一类错殆畸形，如果不及早进行治疗，必然会形成骨性错殆，严重影响美观。原则上应该早期治疗。可采用活动矫治器、功能性矫治器或固定矫治器。在替牙列早期，部分乳牙已脱落，恒牙未萌或萌发不足，活动矫治器固位力较差；功能性矫治器因体积大，难适应，很多患儿不配合。本例采用"4×4"固定矫治技术，一方面排齐前牙，另一方面通过Ⅲ类牵引，改正上下颌骨的近远中向关系纠正反殆，达到改善面形的目的。

(2)此患者无遗传因素，追问病史知有前伸下颌习惯，故反复强调改正不良习惯。

(3)Ⅲ类牵引时间长会引起前牙舌侧倾斜，故反殆改正后观察1个月即可拆除带环、托槽，不需保持。

【病案338】

患者，女，11岁，学生。

检查 牙列式$\frac{654321|123456}{654321|123456}$。恒牙列早期，$\frac{5|5}{5|5}$萌出不足，$\frac{6|6}{6|6}$完全近中关系，$\frac{21|12}{21|12}$反殆，反覆殆Ⅲ度，反覆盖2.5 mm，上中线右偏1 mm，$\underline{3|}$唇向扭转，上下前牙均直立，牙弓形态方圆，无明显面中份凹陷，高角病案。下颌可后退至切对切关系。

1.诊断

(1)Angle Ⅲ类错殆。

(2)前牙反殆。

2.治疗计划 Edgewise技术矫治。唇向展开上牙列，改正反殆。

3.矫治过程

(1)上下颌以0.36 mm、0.40 mm钛镍合金丝排齐牙列，2个月。

(2)上颌平面导板，上颌用0.40 mm澳丝，在$\underline{321|123}$之间弯制垂直扩大曲，扩大前牙弓；下颌以0.40 mm澳丝，在$\overline{3|3}$的近中弯制牵引钩，同时使用Ⅲ类牵引改反殆，3个月。

(3)上颌扩弓所获间隙用于改正中线，用弹力线牵引向左侧集中关闭，3 个月。

(4)上下颌牙齿关系精细调整，2 个月。

4. 矫治结果　$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，覆殆、覆盖正常，中线居中。

5. 矫治体会

(1)该患者反殆机制为牙源性反殆，无明显骨性畸形，且前牙直立，拥挤度小，故采用上殆牙齿唇向倾斜代偿方法进行矫治。

(2)应用了上颌平面导板协助矫治。因为患者反覆殆深，若不用平面导板解除前牙锁结关系，扩上牙弓会使上前牙唇向移动的同时推动下前牙唇向移动，造成下前牙间隙，反殆也不能纠正。

(3)Ⅲ类错殆一般需配合Ⅲ类牵引，以期形成$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系。此病案为高角病案，Ⅲ类牵引会引起后牙伸长，加重下颌向下后旋转，故牵引时间不能过长，在反殆改正后立即停止牵引。

【病案 339】

患者，女，12 岁，学生。

检查　牙列式$\frac{654321|123456}{7654321|1234567}$，$\frac{6|}{6|}$开始远中错殆关系，$\frac{|6}{|6}$开始近中错殆关系。$\frac{654321|}{654321|}$单侧牙列反殆，上中线居中，下中线右偏 2 mm，3|3唇侧高位。拥挤度：上颌 8 mm；下颌无拥挤。面形直，上牙弓窄，正中咬合时，下颌右偏明显。

1. 诊断

(1)右侧牙列反殆。

(2)上牙列拥挤。

2. 治疗计划　不拔牙矫治，通过扩弓获取间隙，改正反殆，排齐牙列3|3。配合斜形牵引，改正下颌骨偏斜，改正中线。

3. 矫治过程

(1)上、下颌用 0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，3|3暂不入槽，2 个月。

(2)上颌换用 0.40 mm 澳大利亚钢丝，在6|6近中弯制垂直扩大曲，全牙列扩弓；橡皮圈从6|到3|以及|3到|6斜形牵引，改善下颌偏斜，6 个月。

(3)将3|3逐步排入牙弓，继续斜形牵引至$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，3 个月。

(4)上颌换用 0.45 mm×0.63 mm 方丝，在上切牙段加冠舌向转矩，3 个月。

(5)上下颌用 0.45 mm×0.63 mm 方丝，弯制理想弓，上下牙位关系精细调整，2 个月。

(6)拆除固定矫治器，使用 Hawley 保持器保持。

4. 矫治结果　反殆改正，下颌右偏改正，上下牙列中线对齐，$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系。

5. 矫治体会

(1)患者就诊时以牙列拥挤、下颌偏斜为主诉。经过专科检查，明确其下颌偏斜是由

于单侧牙列反𬌗引起。在正中咬合位时，下颌被迫处于右侧斜位，故右侧表现为远中𬌗关系，左侧表现为近中𬌗关系。为了改正下颌偏斜，需进行上下𬌗间斜形牵引，一方面可以通过下颌左旋改反𬌗，改中线；另一方面形成双侧中性𬌗关系。

(2)本例采用不拔牙矫治，理由如下：①患者面形直，通过扩弓，使上切牙适当唇倾，并不会形成难以接受的凸面形；②上下牙弓均较小，且下牙弓比上牙弓宽，下牙无拥挤，下切牙直立，若拔牙治疗，必然使上下牙弓长度进一步缩小，加重切牙内倾；③患者鼻梁高挺，适当的切牙唇倾使容貌美观协调。

【病案 340】

患者，男，12 岁，学生。

检查　恒牙列，牙列式$\frac{7654321 \mid 1234567}{7654321 \mid 1234567}$，$\frac{6 \mid 6}{6 \mid 6}$完全近中关系，反覆𬌗Ⅲ度，反覆盖 4 mm。上前牙唇侧倾斜，下前牙舌侧倾斜。拥挤度：上颌 3 mm；下颌 2 mm。侧面形：面中份显著凹陷。下颌不能后退至切对切关系。

1. 诊断

(1)Angle Ⅲ类错𬌗

(2)骨骼型：Ⅲ类

(3)前牙反𬌗。

2. 治疗计划

(1)头帽颏兜矫治骨性错𬌗。

(2)方丝弓技术矫治牙列不齐。

3. 矫治过程

(1)口外前方牵引阶段　共约 6 个月

1)制作口内部件，采用环托式矫治器，在$3 \mid 3$的近中埋入牵引钩。

2)制作复合头帽，以及附前方牵引臂及后方长拉钩的颏兜。

3)调整前方牵引臂的方向，使牵引力方向通过上颌骨旋转中心，调节长拉钩的方向，使下颌作用力通过髁状突中心。

4)牵引力每侧 500 g，每天戴矫治器时间在 14 h 以上。

(2)固定矫治器阶段

1)上下颌粘托槽、带环，以 0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，2 个月。

2)上下颌以 0.40 mm 澳丝整平牙弓，3 个月。

3)上、下颌精细牙位调整，1 个月。

(3)保持阶段　Hawley 保持器。

4. 矫治结果　凹面形显著改善，反𬌗改正，磨牙关系中性。

5. 矫治体会

(1)对于早期骨性Ⅲ类错𬌗，在生长发育高峰前给予矫形力矫治，中断其异常的生长发育，可取得稳固而良好的疗效。

(2)该患者 X 射线头影测量结果显示：上颌骨发育不足，下颌骨生长过度，已形成明

显的凹面畸形。12岁男性少年，尚无第二性征出现，骨骼发育还未到快速增长期，在此期就诊矫治反殆，还不算太晚。

(3)针对该患者错殆畸形的发生机制，设计头帽颏兜长拉钩矫治器，目的很明确：一是抑制下颌的过度生长，改变下颌的生长方向，二是牵引上颌骨，引导上颌骨向前生长发育，从而使上下颌骨生长协调。

(4)上、下颌轻度的牙列拥挤在颌骨关系得到矫正后采用固定矫治技术进行排齐、整平，显得非常简单。由于上下牙弓前后位置的改变引起相应的宽度不调，在矫治时弓丝的设计应加以注意。

【病案341】

患者，女，9岁，学生。

检查 混合牙列，牙列式$\frac{6\text{V}\,\text{IV}\,\text{III}21 \mid 12\text{III}\,\text{IV}\,\text{V}6}{6\text{V}\,\text{IV}321 \mid 123\text{IV}\,\text{V}6}$，$\frac{6 \mid 6}{6 \mid 6}$完全近中殆关系，$\frac{\text{V}\,\text{IV}21 \mid 12}{\text{IV}321 \mid 12}$反殆，面中1/3凹陷。牙列Ⅲ度拥挤。下颌可后退至切对切关系。

1. 诊断

(1)Angle Ⅲ类错殆

(2)反殆

2. 治疗计划

(1)FR－Ⅲ矫治反殆。

(2)方丝弓技术矫正牙列拥挤。

3. 矫治过程

(1)取上下颌模型，重建殆关系，使上下中线对齐，上下切牙切对切关系并离开2 mm，后牙分开5 mm，上殆架，弯制弓丝，铺基底蜡，糊塑料基托，试戴调磨，完成FR－Ⅲ的制作。

(2)嘱患者坚持每天戴矫治器不少于18 h。在20 d左右前牙建立浅覆殆、浅覆盖关系，但后牙尚有垂直距离；继续戴用6个月，使后牙殆向生长，直至有正常接触。

(3)患者替牙期。用方丝弓矫治技术，改正拥挤，排齐牙列，调整上下颌牙位关系，1年半结束矫治。

4. 矫治结果 患者面形得到很大改善，覆殆、覆盖正常，咬合稳定。

5. 矫治体会

(1)反殆的存在改变了颌面部正常生长发育轨迹，使上颌位置靠后，下颌体长度较大，面部生长方向靠前，这种骨面形的异常随生长进行性加重。因此，Ⅲ类错殆的早期给予有效的治疗很重要。

(2)功能调节器的设计和作用原理：利用矫治器阻断或调节唇颊部及口腔周围过分紧张的肌肉压力，使牙槽骨在牙齿萌出的刺激下无障碍地正常生长，牙槽骨和牙弓相应扩大，并建立新的肌动力平衡。轻度的牙齿拥挤也可自行调整排齐。该病案因拥挤严重，故后期采用固定矫治器改正牙列不齐。

【病案 342】

患者，女，5 岁

检查　乳牙列，牙列式$\frac{\mathrm{V\,IV\,III\,II\,I}|\mathrm{I\,II\,III\,IV\,V}}{\mathrm{V\,IV\,III\,II\,I}|\mathrm{I\,II\,III\,IV\,V}}$，$\frac{\mathrm{V}|\mathrm{V}}{\mathrm{V}|\mathrm{V}}$末端呈近中阶梯，前牙反殆，反深覆殆Ⅲ度，中线居中，面形尚可。

1. 诊断　乳前牙反殆。

2. 治疗计划　下颌斜面导板矫治器矫治。

3. 矫治过程

(1)取上下颌记存模型及下颌工作模型，在下颌工作模型上制作斜面导板矫治器，黏着并试戴。

(2)复诊，每周复诊 1 次，磨改调整下颌斜面导板的斜面。

(3)疗程约 3 周，反殆得以纠正。

(4)取掉矫治器，不再保持。

4. 矫治结果　上前牙轻度唇倾，反殆改正，$\frac{\mathrm{V}|\mathrm{V}}{\mathrm{V}|\mathrm{V}}$末端齐平。

5. 矫治体会

(1)把握下颌斜面导板的适应证。对于反覆殆深、反覆盖小、多数前牙反殆的患者适用，效果良好。

(2)与上颌殆垫式矫治器加舌侧弹簧矫治反殆相比，下颌斜面导板体积小，固位好，疗程相对较短。

(3)下颌斜面导板矫治期间，后牙无法咀嚼，需进流质饮食或软食，需患儿主动配合，应用的时间不能过长，否则将引起后牙伸长，最终引起前牙的开殆。

(4)斜面导板的斜面角度为 45°左右，每次复诊时根据上下牙的关系改变应做调整，防止向下垂直分力压低下前牙，引起开殆。

(5)对配合主动的患儿，可以将斜面导板做成可以取戴的活动式斜面导板；不太配合的患儿，也可以将斜面导板直接黏固在下颌前牙上，二者均能取得良好疗效。

【病案 343】

患者，男，26 岁，教师

检查　牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{6|6}{6|6}$中性殆关系，2| 畸形小牙，唇侧错位，3| 反殆，43| 之间间隙 5 mm，覆殆、覆盖正常，后牙尖窝关系良好。

1. 诊断

(1)Angle Ⅰ类错殆。

(2)个别牙反殆。

2. 治疗计划　Edgewise 技术矫治，2| 烤瓷熔附金属全冠修复。

3. 矫治过程

(1)上颌以 0.36 mm～0.40 mm 钛镍合金丝排齐牙列，1 个月。

(2)换 0.40 mm 澳丝，弹力线牵引3| 远中移动，解除32| 之间的唇舌向重叠，2 个月。

(3)0.40 mm 澳丝，在3| 近远中弯垂直曲，使3| 向唇侧移动，改正反殆，3 个月。

(4)0.45 mm 澳丝弯成平弓，钛镍合金拉簧拉3| 向远中移动，与5| 靠拢后连续结扎，4 个月。

(5)将2| 向远中移动，使间隙均匀分布其近远中。

(6)6543| 及1|123456分别连续结扎，保持 3 个月后2| 作烤瓷熔附金属全冠修复，继续保持 3 个月后拆除固定矫治器。

4.矫治结果　反殆解除，2| 义齿修复外形

5.矫治体会

(1)43| 之间间隙的产生原因是乳牙滞留导致3| 错位萌出，1 年前乳牙脱落遗留间隙。矫治只考虑局部改正错位牙。粘托槽时可将槽沟粘于一条直线上，直接用澳丝开始矫治。

(2)该患者矫治的第一个目标是改正反殆。长期的错殆致尖牙唇面部分磨耗，舌侧无磨耗，在解除反殆时为避免殆干扰应分次磨改，并对唇面的磨耗小平面进行形态上的调改。

(3)尖牙远中移动形成Ⅰ类关系，有利于下颌前伸及侧方运动保护。

【病案 344】

患者，女，7 岁，学生。

检查　面形凹，有遗传史。混合牙列，牙列式$\frac{6\,\mathrm{V}\,4\,\mathrm{III}\,1\,|\,1\,\mathrm{III}\,4\,\mathrm{V}\,6}{6\,\mathrm{V}\,\mathrm{IV}\,\mathrm{III}\,21\,|\,12\,\mathrm{III}\,4\,\mathrm{V}\,6}$，$\frac{6|6}{6|6}$近中殆关系，前牙反覆殆Ⅲ度，反覆盖Ⅱ度。

1.诊断　Angel Ⅲ类错殆。

2.治疗计划

(1)使用面弓口外力前方牵引。

(2)口内使用上颌殆垫式活动矫治器。

3.矫治过程

(1)牵引用橡皮圈挂于面弓与口内活动矫治器尖牙远中唇侧预置的牵引钩，牵引力 300 g，每天戴面弓时间累计 14 h 以上。

(2)3 个月后反殆解除，逐渐降低后牙殆垫，直至完全去除殆垫，3 个月。

4.矫治结果　面形明显改善，磨牙中性殆关系，前牙覆殆、覆盖正常。

5. 矫治体会

(1)对于因上颌骨前后向发育不足而导致的Ⅲ类错殆，首选治疗方法就是使上颌骨向前、向下移动。6～8 岁是面弓口外力前移上颌的最佳时机。一般情况下，8 岁以前施用面弓式前方牵引装置可获得较理想的前移上颌骨的效果，而牙齿移动能得到较好的控制；而 9 岁以上的儿童将产生较多的牙齿移动，即对骨性错殆的牙性代偿，上颌本身增大或前移量很小。

(2)后牙双侧殆垫，首先解除前牙的反殆锁结关系，另外殆垫提供了进食的方便条件。

腭部基托延伸至上颌结节后部，使整个上颌牙列及牙弓形成一个整体共同前移

【病案 345】

患者，女，14 岁，学生。

检查 面形较短，侧貌凹，上颌后缩，下颌前伸。牙列式$\frac{7654321|1234567}{7654321|1234567}$，$\frac{21|12}{21|12}$反𬌗，$\frac{6|6}{6|6}$近中𬌗关系。上颌牙弓后缩，狭窄，下颌 Spee 曲线陡峭，横𬌗曲线反向。

1. 诊断 Angle Ⅲ类错𬌗。

2. 治疗计划

(1)不拔牙矫治。

(2)扩弓加前方牵引。

3. 矫治过程

(1)$\underline{64|46}$带环，腭侧制作支架式螺旋扩弓器，$\frac{54321|12345}{54321|12345}$唇面贴托槽，钛镍合金丝排齐牙列。

(2)上下颌换 0.43 mm×0.63 mm 钛镍合金丝。

(3)上颌换 0.45 mm×0.63 mm 不锈钢丝于侧切牙远中附加靴形曲作牵引钩使用$\underline{21|12}$加负转矩。快速扩弓同时前方牵引。

(4)8 个月后反𬌗解除，双尖牙区出现小开𬌗。上下颌换 0.40 mm 不锈钢丝行垂直牵引。

4. 矫治结果 面形明显改善，磨牙中性关系，前牙覆𬌗、覆盖正常。

5. 矫治体会

(1)文献报道，在 15 岁以前，几乎所有患者均可通过扩弓打开腭中缝，15 岁之后，更多的是牙齿的变化，而腭中缝的变化逐渐减小。该患者上牙弓狭窄，年龄不足 15 岁，扩弓会取得良好效果

(2)理论上前方牵引的最佳年龄是 6～8 岁，但有学者认为扩弓可使上颌骨周围骨缝松解，前牵效果更显著。所以该患者虽已 14 岁，但在扩弓的同时进行前方牵引，取得明显效果。

(3)为防止前牵中上前牙唇倾，方丝上$\underline{21|12}$间加负转矩。

【病案 346】

患者，女，12 岁，学生。

检查 面中 1/3 凹，牙列式$\frac{654321|123456}{7654321|1234567}$。$\underline{|3}$唇向，$\underline{|2}$扭转，下颌无拥挤。$\frac{6|}{6|}$中性𬌗关系，$\frac{|6}{|6}$完全近中𬌗关系，$\frac{321|123}{321|123}$反𬌗，反覆𬌗Ⅱ度、反覆盖Ⅰ度。上颌中线左偏 2.5 mm。

1. 诊断 Angle Ⅲ类亚类错𬌗。

2. 治疗计划

(1)面弓前方牵引。

(2)拔除5|5。

(3)调整中线。

3.矫治过程

(1)口内使用上颌殆垫式活动矫治器，面弓口外力前方牵引。

(2)2个月后反殆解除，戴头帽颏兜抑制下颌生长。拔除5|5，$\frac{4321 \mid 1234}{54321 \mid 12345}$贴方丝弓托槽，$\frac{6 \mid 6}{6 \mid 6}$方丝弓带环。上颌以预成钛镍合金丝排齐牙列，下颌以钛镍合金丝排齐牙列并扩弓。

(3)上下颌换0.40 mm不锈钢丝，43|之间钛镍合金丝推簧推4|向后。

(4)下颌换0.45 mm不锈钢丝。|3与6|之间，|3与3|之间斜行牵引调整上颌中线，关闭右上颌拔牙间隙。

(5)654321|1234“8”字连扎，链状橡皮圈拉|6向前。

(6)上下颌用0.43 mm×0.55 mm钛镍合金丝排齐牙列后换0.43 mm×0.55 mm不锈钢完成弓丝。

4.矫治结果　面形有明显改善，前牙覆殆、覆盖正常，磨牙完全近中殆关系。

5.矫治体会　上颌骨前移后，上颌磨牙对下殆的咬合接触点前移，则下颌牙弓相对狭窄，需扩大下牙弓，本例采用直钛丝扩大下牙弓。

【**病案**347】

患者，女，15岁，学生。

检查　侧貌凹，牙列式$\frac{7654321 \mid 1234567}{7654321 \mid 1234567}$。3|3唇侧错位，321|123舌向倾斜，后牙近中关系，前牙反覆殆Ⅲ度，反覆盖Ⅰ度。上牙弓稍窄。

1.诊断　Angle Ⅲ类错殆。

2.治疗计划

(1)扩大上牙弓，前方牵引。

(2)戴后牙殆垫解除反殆。

(3)排齐上下牙列。

3.矫治过程

(1)戴上颌后牙殆垫，殆垫腭侧附螺旋扩弓器，快速扩弓。上下颌以0.36 mm钛镍合金丝排齐牙列。

(2)上牙弓扩开，继续戴殆垫维持，上下颌换0.40 mm钛镍合金丝排齐牙列。

(3)上下颌换0.40 mm不锈钢丝。下颌于颊面近中弯欧米加曲，弓丝长度稍大于牙弓长度。

(4)上下颌换0.43 mm×0.55 mm钛镍方丝。

(5)上颌换0.45 mm×0.63 mm不锈钢丝，于2|2远中弯制水平曲作牵引钩，末端回弯，654321|123456连扎。戴面弓行前方牵引。

(6)上下颌换 0.43 mm×0.55 mm 完成弓丝，降低直至去除殆垫。

4.矫治结果　前牙反殆解除，浅覆殆、浅覆盖，后牙中性殆关系。上下牙齿排齐。

5.矫治体会

(1)与病案 343 类似，较大年龄反殆患者前方牵引治疗成功，同样必须以扩弓为前提，详见病案 343。

(2)为解除$\overline{321|123}$舌向倾斜，下颌使用附有欧米加曲的不锈钢丝，并使弓丝长度大于牙弓长度，由后向前结扎，使前牙段弓丝较长，利于$\overline{321|123}$唇向倾斜。

【病案 348】

患者，男，10 岁，学生。

检查　混合牙列，牙列式$\frac{6\text{V}4321|1234\text{V}6}{6\text{V}4\text{Ⅲ}21|12\text{Ⅲ}4\text{V}6}$，面形直。$\underline{3|3}$唇侧错位，$\underline{21|}$腭侧错位。$\frac{6|6}{6|6}$近中尖对尖错殆关系。$\frac{21|}{21|}$反殆，反覆殆 2 mm，反覆盖 0.5 mm；$\frac{|12}{|12}$覆殆 3 mm，覆盖2 mm。

1.诊断

(1)Angle Ⅱ类错殆。

(2)个别牙反殆。

2.治疗计划

(1)不拔牙矫治，单颌治疗。

(2)推上颌磨牙向后。

(3)固定矫治器排齐上牙解除反殆，$\underline{\text{V}|\text{V}}$不参与治疗。

3.矫治过程

(1)上颌第一磨牙带环，$\underline{4321|1234}$贴托槽，0.36 mm 钛镍合金丝排齐牙列。戴头帽口外弓水平牵引，磨牙后推 1/4 牙位。

(2)上颌换 0.40 mm 钛镍合金丝，继续用口外弓后推磨牙。

(3)矫治过程中，$\frac{\text{V}|\text{V}}{\text{V}|\text{V}}$出现松动并脱落。上颌换 0.40 mm 不锈钢丝，$\underline{4|}$与$\underline{3|}$之间及$\underline{|3}$与$\underline{|4}$之间钛镍合金丝推簧，推$\underline{4|4}$向后。

(4)上颌 0.36 mm 钛镍合金丝片段弓，排齐$\underline{3|3}$。

(5)上颌换 0.45 mm 不锈钢丝。

(6)上颌换 0.43 mm×0.55 mm 钛镍合金丝。

4.矫治结果　磨牙中性殆关系，前牙浅覆殆、浅覆盖，上颌牙齿排齐。

5.矫治体会

(1)前牙反覆殆较浅的患者，息止殆位可解除前牙的锁结关系，排齐前牙时不必配戴后牙殆垫。

(2)推磨牙向远中，适用于轻度拥挤、上颌第一磨牙近中移位造成远中尖对尖关系、第二磨牙尚未萌出的患者。

